



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de  
Mesquita Filho  
Brasil

Saupe, Rosita; Agea Cutolo, Luiz Roberto; Pereira Wendhausen, Âgueda Lenita; Vélez Benito, Gladys  
Amélia

Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 9, núm. 18, septiembre-diciembre, 2005, pp. 521-536

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180115827005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar\*



Rosita Saupe<sup>1</sup>  
Luiz Roberto Agea Cutolo<sup>2</sup>  
Águeda Lenita Pereira Wendhausen<sup>3</sup>  
Gladys Amélia Vélez Benito<sup>4</sup>

SAUPE, R. et al. Competence of health professionals for interdisciplinary work. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.18, p.521-36, set/dez 2005.

Interdisciplinarity, as one of the key concepts for the consolidation of public policies in the area of health, was focused based on the perspective of the professionals who are faced with the challenge of putting it into practice. Understanding interdisciplinarity as a competence resulting from a range of knowledge, skills and attitudes, it was organized in the form of a tree diagram. This diagram was initially submitted for evaluation by a group of twenty-one judges, and subsequently, by a sample of one hundred and forty-five health professionals. The results show a consistency between the researcher's proposal and the evaluation of the participating subjects, since on a scale of zero to ten, the final level of performance was over nine. The space provided for statements by the subjects resulted in the addition of important categories, enriching the study as a whole.

KEY WORDS: interdisciplinarity. competence-based education. human resources in health.

A interdisciplinaridade, como um dos conceitos nucleares para consolidação das políticas públicas na área da saúde, foi focalizada na perspectiva dos profissionais que estão com o desafio de concretizá-la na prática. Entendida como uma competência que resulta de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, foi organizada na forma de diagrama hierárquico. Este foi inicialmente submetido à avaliação por um grupo de vinte e um juízes e posteriormente a uma amostra de cento e quarenta e cinco profissionais da saúde. Os resultados evidenciaram aderência entre a proposta dos pesquisadores e a avaliação dos sujeitos participantes, pois numa escala de zero a dez, o índice de desempenho final ficou acima de nove. O espaço aberto para depoimentos dos sujeitos resultou em importantes categorias a serem agregadas, enriquecendo a totalidade estudada.

PALAVRAS-CHAVE: interdisciplinaridade. educação baseada em competências. recursos humanos em saúde.

\* Resultado de pesquisa, conforme projeto submetido à FAPESC (antiga FUNCITEC), Edital 003/2003, aprovado e financiado pela FUNCITEC/MINISTÉRIO DA SAÚDE/UNESCO FCTP Nº 2186/039. Aprovado pela Comissão de Ética da UNIVALI (nº 381/2003); Vinculada ao Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho; ao grupo de pesquisa em Educação na Saúde e Gestão do Trabalho; à linha de pesquisa Formação de Recursos Humanos na Saúde. Agradecemos às pessoas que colaboraram: sujeitos da pesquisa; bolsistas; apoio logístico; colegas e alunos do Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho. As instituições: FAPESC (antiga FUNCITEC); Ministério da Saúde; 17ª Regional de Saúde de Santa Catarina; UNIVALI.

<sup>1</sup> Enfermeira, Coordenadora do Projeto; docente, Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho. <saupe@amja.org.br>

<sup>2</sup> Médico, pesquisador do projeto; docente, Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho. <cutolo@univali.br>

<sup>3</sup> Enfermeira, pesquisadora do projeto; coordenadora, Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho. <agueda@univali.br>

<sup>4</sup> Enfermeira, pesquisadora do projeto; docente, Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho. <gladysv@terra.com>



### Introdução

A pauta convergente na área da saúde, na atualidade, mobilizadora de esforços integrados entre Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (ME), diz respeito às políticas públicas que focalizam a reorientação do modelo assistencial, conforme preconizado pela Reforma Sanitária. A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) depende tanto do sucesso de estratégias como o Programa de Saúde da Família (PSF) e da implementação de processos de Educação Permanente (EP), de competência do MS, quanto da revitalização dos Projetos Pedagógicos (PP) dos cursos de graduação, incorporando as premissas da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), conforme estabelecem as Diretrizes Curriculares (DC), atribuições da alçada do ME.

Para tanto, é urgente que se estabeleça uma nova relação entre os profissionais de saúde [...] diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade [...] requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe. (Costa Neto, 2000, p.9)

Assim, a interdisciplinaridade constitui um entre os vários temas que necessitam serem desenvolvidos para gerarem contribuição para a pauta da área da saúde, pois entendemos que o contexto histórico vivido nessa virada de milênio, caracterizado pela divisão do trabalho intelectual, fragmentação do conhecimento e pela excessiva predominância das especializações, demanda a retomada do antigo conceito de interdisciplinaridade que, no longo percurso do século passado, foi sufocado pela racionalidade da revolução industrial.

Na perspectiva contemporânea na qual este estudo se insere, a interdisciplinaridade contempla: o reconhecimento da complexidade crescente do objeto das ciências da saúde e a conseqüente exigência interna de um olhar plural; a possibilidade de trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições; o investimento como estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde.

A partir destas constatações decidimos incluir a interdisciplinaridade como um dos temas que foram estudados num projeto sobre competências para a consolidação do SUS/PSF. O objetivo foi mapear, a partir de documentos oficiais, literatura e opinião de peritos, um conjunto de saberes teóricos, práticos, pessoais e interpessoais, necessários ao trabalho interdisciplinar em saúde e submetê-los a apreciação de profissionais da área, incorporando também suas contribuições, sob a forma de depoimentos, à compreensão do conceito em suas várias dimensões.

### Referencial teórico

A base de sustentação teórica deste estudo partiu dos elementos comuns que devem ser desenvolvidos em todos os cursos de graduação, destacando a competência para *“trabalhar em conjunto com outros profissionais da área*

de saúde”, ou seja, de modo interdisciplinar (Almeida & Maranhão, 2003).

Interdisciplinaridade tem sido objeto constante de discussão quando se aborda as ciências da saúde. Embora a palavra tenha recebido tratamento sistemático, pouco se tem categorizado o que se pretende dizer sobre ela. Japiassú (1976) levantou a possibilidade desse neologismo tomar sentidos amplos e diversificados, com conseqüentes entendimentos e usos. Acreditamos que a polissemia que a interdisciplinaridade desperta pode ser entendida, pelo menos parcialmente, na medida em que seu significado se recorta ao interior do objeto específico que se pretende investigar ou enfrentar. Por exemplo, num sentido amplo poderíamos qualificar a Bioquímica como um produto de uma relação interdisciplinar entre a Biologia e a Química, originando uma nova disciplina. Outro poderia indicar que Educação em Saúde é uma área do conhecimento articulada interdisciplinarmente entre os pressupostos da Saúde Coletiva e a Educação Construtivista. Estes exemplos já tendem a dimensionar o problema das multifaces da categoria.

Embora reconheçamos como legítimos, a partir de seus planos de incisão, os dois exemplos apresentados como possibilidades interdisciplinares, ocupar-nos-emos com uma categorização um pouco mais pragmática no âmbito de práticas que envolvam os diferentes profissionais da área da saúde e suas conseqüências para o cotidiano das Unidades Básicas de Saúde; portanto chamaremos de interdisciplinaridade a relação articulada entre as diferentes profissões da saúde. Usando das categorias epistemológicas de Fleck (1986) pretendemos qualificar as profissões como sendo diferentes Coletivos de Pensamento fundamentadas, cada qual, em seu Estilo de Pensamento, ou seja, num olhar estilizado que permeia um conjunto de regras para a abordagem e resolução de um problema, baseados numa formação específica e diferenciada com marco conceitual identificado. O que queremos dizer é que o médico, o enfermeiro, o odontólogo, o psicólogo ou qualquer outro profissional da saúde compõem distintos Coletivos de Pensamento e, conseqüentemente, constróem fatos novos diante de problemas comuns.

Mas, o que é interdisciplinaridade? Qual a diferença entre as terminologias, muitas vezes confundidas, como interdisciplinaridade, transdisciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade? Achamos importante uma aproximação com estes conceitos, já que são usados muitas vezes como sinônimos ou com sentidos plurais. Longe de encerrar o significado com uma definição fechada, optamos pelas aproximações de Japiassú (1976) modificadas.

A *multidisciplinaridade* indica uma execução de disciplinas desprovidas de objetivos comuns sem que ocorra qualquer aproximação ou cooperação. Na *pluridisciplinaridade* haveria um núcleo comum, já aparecendo uma relação, com certo grau de colaboração, mas sem uma ordenação; haveria um toque, um tangenciamento entre as disciplinas. Estas duas terminologias são freqüentemente colocadas como sinônimos, o que necessariamente não se constituiria um erro. Rosenfield apud Perini et al. (2001) chama de multidisciplinar o que Japiassú (1976) chama de pluridisciplinar, ou seja, quando um problema comum é tratado de forma seqüencial ou paralela por disciplinas específicas.

Ainda Rosenfield apud Perini et al. (2001) caracteriza a *interdisciplinaridade* como a possibilidade do trabalho conjunto na busca





de soluções, respeitando-se as bases disciplinares específicas. Concluindo, refere-se à **transdisciplinaridade** como trabalho coletivo que compartilha “*estruturas conceituais, construindo juntos, teorias, conceitos e abordagens para tratar problemas comuns*” (Rosenfield *apud* Perini et al., 2001, p.103). Neste caso a disciplina em si perde seu sentido e não há limites precisos nas identidades disciplinares.

Numa relação pluridisciplinar um paciente com respirador bucal poderá primariamente ser atendido pelo médico de família. Uma vez diagnosticado poderá ser encaminhado ao otorrinolaringologista que, uma vez verificadas as condições do palato do paciente, o encaminha ao ortodontista e ao fonoaudiólogo. Como vemos, cada qual realiza seu trabalho separadamente, sem cooperação direta. Numa perspectiva interdisciplinar a abordagem do problema seria vista conjuntamente, bem como a busca de soluções criativas para resolvê-lo.

Mas, o que é necessário para que a interdisciplinaridade se torne uma forma natural e solidária de trabalho, que ultrapasse as arrogâncias pessoais, a necessidade de exercer poder sobre os outros e a tradição de centralizar os profissionais, deslocando para a periferia do processo o sujeito que sofre por adoecimento, por falta de conhecimento ou energia para se cuidar, logo necessitando de atenção, assistência, informação? Esta foi a questão original deste estudo e para respondê-la, encontramos no Relatório Unesco, da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI (Delors, 1998), a base para propor um conjunto de saberes, conforme propõe o referido documento.

### Metodologia

A metodologia selecionada para conduzir a coleta e análise dos dados tem sua origem na University of North Carolina, proposta no início da década de setenta, introduzida no Brasil em meados da mesma década (Spínola & Pereira, 1976) e utilizada na avaliação de alguns programas (Saupe, 1979; Spínola & Pereira, 1977). Inclui as seguintes etapas: elaboração do “Diagrama de Árvore”; consulta a “experts”, denominado “Método do Júri”; verificação da concordância entre os juizes; construção e aplicação de instrumento(s) a uma população/amostra que tem interesse em relação ao tema; avaliação do desempenho. Este processo resulta em uma avaliação quantitativa que valida uma proposta teórica por um grupo de juizes, sendo submetida também a uma população mais ampla de interessados na temática, incorporando suas contribuições conceituais expressas em depoimentos. Na apresentação dos resultados seguiremos esta mesma sequência, detalhando os aspectos metodológicos, favorecendo sua compreensão.

Os dados qualitativos foram analisados seguindo-se o seguinte percurso: inicialmente os depoimentos, sob a forma de comentários, explicações, sugestões, foram transcritos e organizados por categoria profissional; em seguida, para uma primeira aproximação com este conteúdo sistematizado, foi realizada a leitura exaustiva e flutuante das respostas transcritas, no sentido de apurarmos uma possível classificação. Apesar de entendermos que a decupagem das competências em habilidades, atitudes e conhecimentos têm-se tornado difícil em função de suas intrínsecas racionalidades, optamos, para manter a

lógica da descrição da primeira fase da pesquisa, pela divisão em três grandes blocos de categorias. Num segundo momento, passamos à fase de categorização, propriamente dita, assinalando palavras e expressões que poderiam dar significados no desdobramento das competências. O terceiro momento foi caracterizado pela análise inferencial das categorias classificadas. Como poderá ser observado, algumas categorias poderiam ser consideradas híbridas, podendo transitar, de acordo com seu potencial, como atitude, habilidade e conhecimento, o que vai ao encontro de nossa percepção de que estes elementos se engendram (Bodgan & Biklen, 1994; Minayo, 1992; Triniños, 1987; Lüdke & André, 1986).

Registramos ainda que o projeto seguiu todas as tramitações necessárias a sua aprovação ética, resultando no Parecer 381/2003, da Comissão de Ética da UNIVALI. A dimensão ética cumpriu todos os cuidados, incluindo a assinatura de termo de consentimento pós-informado.

### Resultados

Participaram desta pesquisa, como avaliadores, um grupo de peritos e uma amostra de profissionais de saúde, conforme apresentado na tabela 1. O número de juizes consultado foi definido pelos pesquisadores. Quanto aos demais profissionais, trabalhamos com a perspectiva de atingir a totalidade da população que, localizados no período destinado à coleta de dados, informados sobre o projeto, livremente consentissem em participar. A população estimada incluía 133 docentes, sendo: 21 enfermeiros; 67 médicos; e 45 dentistas. Quanto aos trabalhadores do PSF, verificamos que estavam atuando no território de abrangência da pesquisa (17ª Regional de Saúde de Santa Catarina): 66 médicos, igual número de enfermeiros e 12 dentistas, totalizando 144 profissionais. O percentual da amostra de docentes que aceitou participar do estudo foi de 42% e de profissionais do PSF foi de 62%, resultando num total de 52% de representatividade do universo em estudo. Conforme a tabela 1, o grupo mais representativo entre os docentes foi dos odontólogos e nas equipes de PSF os enfermeiros merecem destaque.

**Tabela 1** - Distribuição dos profissionais que participaram do estudo

Profissão	Juízes	Docentes	PSF	TOTAL
Enfermeiras	07	12	51	70
Dentistas	06	29	11	46
Médicos	04	15	27	46
Farmacêutico	01	-	-	01
Fonoaudiólogo	01	-	-	01
Fisioterapeuta	01	-	-	01
Psicólogo	01	-	-	01
TOTAL	21	56	89	166

O Diagrama de Árvore (DIAGRAMA 1) segue o modelo original da metodologia e representa a decomposição da competência para interdisciplinaridade, em suas dimensões de conhecimentos, habilidades e atitudes. As fontes para definição desta matriz incluíram a experiência dos pesquisadores envolvidos, documentos legais que normalizam o campo de conhecimento e a literatura. Esta etapa pode ser considerada como a contextualização do fenômeno, capturando as várias perspectivas de perceber a realidade, no caso da interdisciplinaridade como competência necessária ao trabalho em saúde da família.

Esta matriz foi submetida à avaliação por um grupo de 21 (vinte e um) juizes convidados, que atribuíram pesos a cada componente (usaremos como sinônimo: variável ou atributo) conforme *importância* relativa, em comparação com as demais em seu nível. A importância traduziu-se por um peso na escala de 1 - *importância muito baixa*, a 5 - *importância muito alta*.

Na sequência foi verificada a concordância entre os juizes. Esta concordância é considerada natural quando o componente receber o mesmo peso de todos os juizes. No caso deste estudo, esta concordância não aconteceu com nenhuma das variáveis.

Assim, conforme orienta a metodologia, foi definida a mediana entre os pesos. Todavia, no processo de análise e para refinar as diferenças de avaliação entre os componentes, calculamos também a média. Estes dados estão inseridos no diagrama 1 e mostram a avaliação altamente positiva recebida pela proposta, já que nenhuma variável ficou com mediana inferior a 4 ou média menor que 3,66. A distribuição de todos os pesos atribuídos pelos juizes, conforme os atributos de cada dimensão da competência para interdisciplinaridade, está apresentada na tabela 2.

Completado o Diagrama de Árvore (Diagrama 1) com todos os seus componentes discriminados e pesos atribuídos, passamos à construção do(s) instrumento(s), focalizando os componentes de último nível apresentados no diagrama. A escala para avaliação foi ajustada a valores entre 0 - avaliação totalmente negativa e 10 - avaliação totalmente positiva. Foram incluídas ainda questões abertas, possibilitando expressões individuais dos informantes, evidenciando aspectos comuns ou singulares de suas percepções. Este instrumento foi aplicado individualmente aos 145 participantes (enfermeiras, médicos e dentistas), sendo 56 docentes e 89 profissionais do PSF.

Para avaliação do desempenho de cada componente, foram aplicadas as seguintes equações:

a) para medida das atividades de último nível:

$$\frac{(VeL0 \times Nr0) + (VeL1 \times Nr1) + \dots}{Nr0 + Nr1 + Nr2 + \dots} \quad \text{Até incluir todos os valores da escala} \quad \text{(que deve corresponder ao número TOTAL de respondentes)}$$

Sendo: VeL0 = Valor 0 da escala LIKERT na questão 1, e assim sucessivamente; e Nr0 = Número de respostas 0 na questão 1, e assim sucessivamente. O resultado é um Índice de Desempenho da questão, correspondente a um valor entre 0 e 10.



b) para medida dos componentes dos demais níveis:

$$D = \frac{\sum Da Wa}{\sum Wa}$$

Ou seja, o desempenho de cada componente é igual à somatória dos índices resultantes da avaliação das atividades de último nível e multiplicados pelo seu peso; este resultado é dividido pela somatória dos pesos.

Na tabela 2 apresentamos a distribuição dos valores de 0-10 em números absolutos, antes da aplicação das equações, o que já fornece visibilidade positiva recebida pela proposta. Ou seja, das 1740 ocorrências registradas pelos entrevistados, encontramos tendência de aumento da frequência do número de respostas conforme o valor vai ficando mais positivo, atingindo o percentual de 88,70 quando somamos as respostas concentradas nos números 8, 9 e 10.

**Tabela 2** – Distribuição dos valores de 0 a 10 atribuídos pelos 145 entrevistados

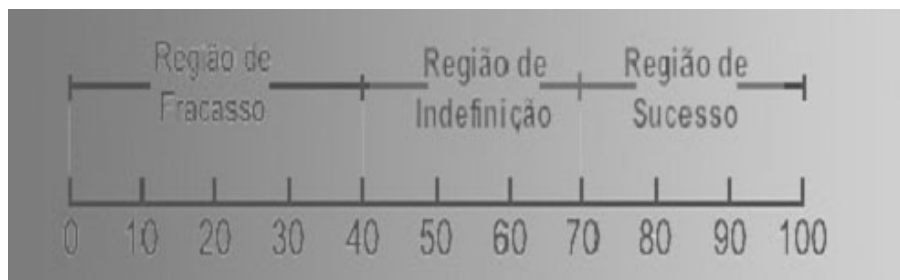
VALOR	FREQÜÊNCIA	
	N	%
0	1	0,05
1	1	0,05
2	3	0,17
3	4	0,22
4	7	0,41
5	34	1,95
6	39	2,24
7	108	6,21
8	270	15,51
9	361	20,74
10	712	52,45
TOTAL	1740	100

Na sequência do estudo foram aplicadas as equações. Os valores obtidos em cada componente foram convertidos para uma Escala de Medida do Desempenho (figura 2), sendo considerada ‘região de fracasso’ a situada entre 0 (zero) e 4 (quatro), indicando a extrema fragilidade dos componentes que ficaram neste patamar; entre 4,1 (quatro e um) e 7 (sete) encontra-se a ‘região de indefinição’ que atribui à variável um desempenho intermediário; o sucesso é alcançado quando a variável atingir um patamar acima de 7,1 (sete e um), evidenciando o pleno alcance do objetivo relativo à mesma.

Estes resultados também foram inseridos no Diagrama de Árvore (Diagrama 1) completando o ciclo quantitativo da avaliação. Ou seja, cada componente ou variável avaliada teve sua representação incluindo sua descrição, o peso correspondente à mediana e a média conforme avaliação dos 21 juizes e uma medida de seu desempenho, resultado da aplicação das

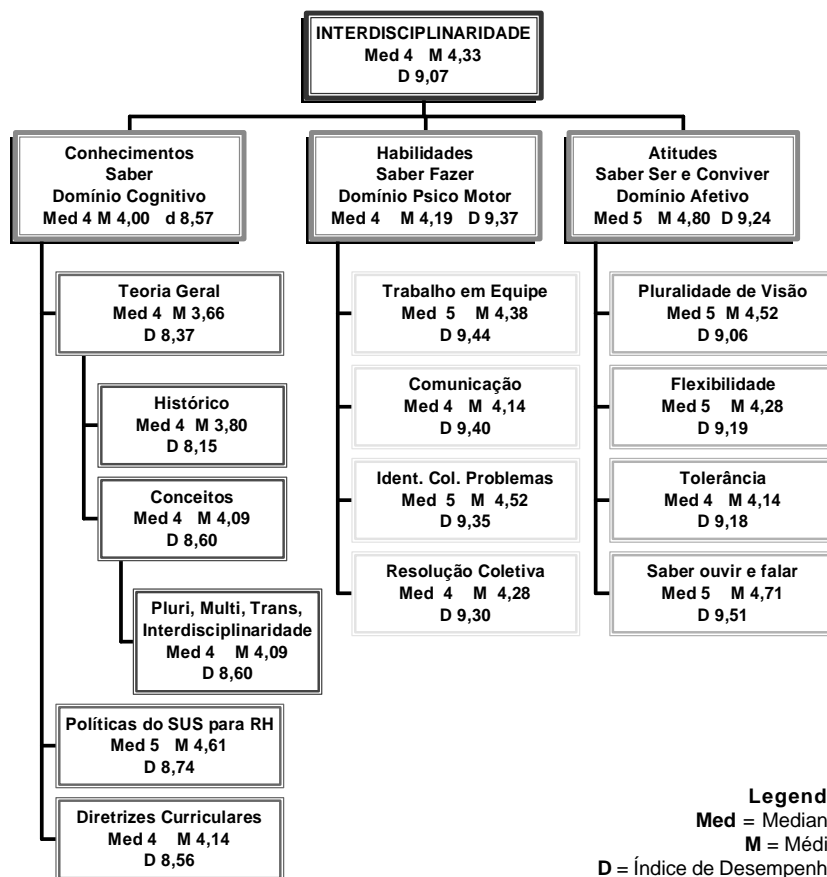


equações aos dados coletados junto aos 145 profissionais.



**Figura 1** – Escala de medida do desempenho (modificada)  
FONTE: Spínola & Pereira, 1976.

**Diagrama 1** – Desdobramentos da Competência para Interdisciplinaridade conforme Conhecimentos, Habilidades e Atitudes necessárias aos profissionais que atuam no Programa Saúde da Família.



O diagrama 1 foi construído de cima para baixo, ponderado pelos juizes na mesma seqüência e avaliado pelos profissionais em sentido contrário, por meio de um instrumento estruturado, que focalizou somente os últimos níveis. Após ser submetido a todo o tratamento estatístico previsto, resulta numa ilustração com várias possibilidades de análise.

A primeira evidência conclusiva confirma que a forma selecionada para abordar a competência para a interdisciplinaridade, em suas dimensões de conhecimentos, habilidades e atitudes, foi considerada adequada. Mostra também que, para a concretização do trabalho na modalidade interdisciplinar, é necessário dominar alguns conceitos, ter oportunidade para praticá-los no trabalho em equipe e desenvolver atitudes afirmativas de acolhimento do outro e dos outros.

Dos dezoito componentes selecionados para avaliar a competência para a Interdisciplinaridade, somente dois ficaram com médias inferiores a 4, ambos relacionados aos Conhecimentos. São eles: 1. Teoria Geral (3,66) e 2. Histórico (3,80). Não compartilhamos com o pragmatismo evidenciado, pois, apesar de concordarmos que a Interdisciplinaridade é um conceito que só se concretiza na realidade das ações, como tantos outros, não dispensa ou anula a necessidade teórica para sua compreensão. Sem eliminar a subjetividade presente e necessária aos atos humanos, precisamos superar práticas pautadas somente pela intuição. Por outro lado, a concentração de avaliações positivas atribuídas às Atitudes, está plenamente afinada com a perspectiva deste estudo e com o momento histórico de sua realização.

Após analisarem as competências descritas, emitindo um valor escalonado, os entrevistados tiveram a oportunidade de incluir habilidades, atitudes e conhecimentos que não foram selecionados na construção do instrumento de pesquisa. Esta fase aberta da pesquisa possibilitou-lhes enfatizar aspectos julgados relevantes na fase anterior, bem como a descrição de aspectos entendidos como ausentes.

Os depoimentos analisados, conforme descrito na metodologia, e apresentados na seqüência se referem aos 145 profissionais, ou seja, não incluem os juizes, já que suas contribuições privilegiadas foram incorporadas ao Diagrama 1. Foram registradas, no instrumento de coleta dos dados, 44 sugestões, sendo 22 originárias dos 56 docentes e igual número dos 89 profissionais do PSF. Não foram detectadas diferenças significativas entre os dois grupos quanto à tendência expressa nos conceitos emitidos.

O bloco de categorias relacionadas com o conhecimento incluiu: parcerias, reformas do sistema, conceitos correlatos, papel de cada disciplina, educação, saúde, vantagens/desvantagens, aplicação prática, e a equipe.

A categoria conhecimento das *parcerias* surge como a necessidade de se conhecer todos os latores intersetoriais para o desenvolvimento de um projeto coletivo. Poderíamos perscrutar a correlação entre interdisciplinaridade e intersetorialidade, lembrando que o segundo caracteriza o primeiro num nível interinstitucional. Conhecer os possíveis parceiros (ONGs, associações, instituições etc.) pode otimizar a execução de projetos de intervenção comunitária.

Conhecimento da *reforma do sistema*, das iniciativas, por meio de políticas públicas, de mudança do modelo de atenção, foi considerado de

relevância. Parece que o conhecimento dos princípios que norteiam, no caso, a Reforma Sanitária, podem contribuir na execução de práticas interdisciplinares; sobretudo, dentro da perspectiva da Integralidade, eixo da reforma que justifica o trabalho em equipe.

Entenda-se aqui *conceitos correlatos* como o conhecimento de terminologias marcadas por referencial teórico que ajudam a esclarecer diferenças entre a multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, transdisciplinaridade e interdisciplinaridade. Apesar de não decisivo, sugere-se que conhecer as confusões geradas nos conceitos referidos, auxilia numa abordagem reflexiva, em base epistemológica, da auto-imagem da equipe e suas práticas.

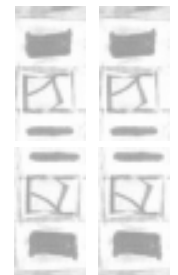
Na categoria conhecimento do *papel de cada disciplina* está implícita a necessidade de se conhecer especificidades das disciplinas, ou seja, conhecer o outro, por meio de suas competências específicas. A divisão de trabalho coletivo se dá apreendendo os papéis a serem desempenhados pelos diferentes atores envolvidos nas zonas de interface. Esta categoria desperta também o reconhecimento de que a base da relação interdisciplinar pressupõe a existência de disciplinas com mecanismos internos reguladores e sistemas conceituais particularizados.

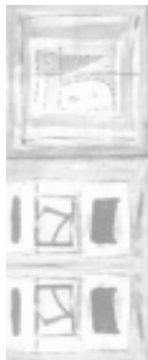
A *educação* aqui apontada se refere a conhecimentos básicos de educação para uma prática de Educação em Saúde como projeto interdisciplinar. Entender educação numa perspectiva teórica e operacional, portanto, foi colocado como uma competência a ser desenvolvida. Isto pode ser extrapolado para a diferenciação de que educação se pretende empreender. Vale tanto na reflexão crítica de práticas educacionais tradicionais, bancárias da Educação Sanitária, quanto nas práticas educacionais problematizadoras da Educação em Saúde.

A mesma pergunta que se faz na categoria anterior (que educação?) pode ser realinhada na categoria *saúde*: que saúde? Conhecer os conceitos de saúde a partir de uma perspectiva histórica e sua justificativa nos diferentes modelos de assistência pode constituir ferramenta importante de uma prática interdisciplinar. Uma prática deste porte implicaria imediatamente uma concepção saúde doença, quer dizer, especificamente, a prática interdisciplinar engendra uma concepção de saúde integradora. No mesmo sentido da categoria educação, poderíamos dizer que a Educação Sanitária carrega uma concepção higienista e preventivista enquanto a Educação em Saúde pressupõe uma concepção social.

Quanto à *aplicação prática*, basicamente o profissional se referia, de forma objetiva, a conhecer para responder as perguntas: por que trabalhar de forma interdisciplinar? Por que fazê-la? Que objetivos alcançar com a interdisciplinaridade? Ou seja, como a própria categoria se denomina: qual a aplicação prática de um trabalho interdisciplinar? Parece-nos que estes conhecimentos (que são anteriores) podem funcionar como combustível, dando um sentido lógico e pragmático à interdisciplinaridade.

A partir da categoria anterior, podem ser desdobrados os conhecimentos sobre as *vantagens e desvantagens* de uma prática interdisciplinar. A compreensão de seu sentido abre as potencialidades de sua prática. Vantagens como resolutividade, efetividade, solidariedade, co-





responsabilidade etc. marcam o terreno deste campo, apagando suas eventuais desvantagens de cunho corporativo.

O sentido de *conhecer a equipe*, aqui colocado, perde o contorno de espectro cognitivo. O que foi explicitado pelo interlocutor diz respeito ao conhecimento intrínseco dos membros da equipe sobre suas relações sociais. Aproxima-se do conhecer o outro, entender suas diferenças culturais e sociais.

O bloco de categorias relacionadas com **habilidades** incluiu: relacionar-se, envolver a comunidade, reconhecer situações interdisciplinares, identificar problemas, propor soluções e identificar dificuldades.

A habilidade de *relacionar-se* está intimamente articulada com determinadas atitudes. Assim colocado, o “relacionar-se” tem como pressuposto tolerância e respeito; mas também pressupõe o desenvolvimento de outras habilidades correlatas como comunicação. Não se admite interdisciplinaridade sem relacionamento, relacionamento sem comunicação e comunicação sem atitudes.

É preciso destacar na categoria *envolver a comunidade*, que o profissional entrevistado inclui a participação popular como elemento da equipe interdisciplinar. Ou seja, a representação da comunidade como membro da equipe. Esta perspectiva includente traz um elemento não pensado no instrumento de pesquisa aplicado. Apesar do destaque da participação popular como princípio democrático da efetivação do SUS, nosso recorte de interdisciplinaridade ficou restrito aos coletivos de pensamento mais diretamente relacionados com as categorias profissionais.

A interdisciplinaridade é uma prática dinâmica e processual. Nem todos os momentos vividos numa Unidade de Saúde são interdisciplinares, não se é interdisciplinar o tempo todo e não se é interdisciplinar sempre, com todos os membros da equipe. Há espaço para o trabalho disciplinar quando o realize dentro da especificidade do meu coletivo de pensamento. Por outro lado, sobre determinadas circunstâncias, o trabalho interdisciplinar fica restrito no projeto comum de dois coletivos de pensamento e envolve, por exemplo, um médico e um enfermeiro. Às vezes o projeto demanda a participação cooperativa de todos os membros da equipe. A capacidade de *reconhecer situações interdisciplinares* é que constitui uma habilidade a se desenvolver.

A habilidade de *reconhecer problemas* legitima a descrição da categoria anterior. A interdisciplinaridade se justifica a partir do contexto das práticas cotidianas da equipe de saúde, afinada com a realidade material, ou seja, inserida nas situações-problema. São estes problemas os potenciais núcleos articuladores, ou zonas de interface da relação interdisciplinar (objetos fronteiriços).

Consequência da categoria anterior, a *proposição de soluções* deve ser o eixo intermediário do empreendimento interdisciplinar. Dizemos intermediário, porque o eixo terminal é a solução de problemas propriamente dito. O fim se justifica pela melhoria de indicadores relativos à saúde de indivíduos e da comunidade.

A habilidade de *identificar dificuldades* para a prática interdisciplinar é fundamental para a manutenção da estabilidade da equipe. A apropriação,

mediante uma reflexão crítica, das dificuldades encontradas nos projetos interdisciplinares, pode funcionar como ferramenta importante para a superação destas dificuldades, bem como, proporcionar crescimento interno. Não existem fundamentos prescritivos para a prática interdisciplinar; é na vivência, nos acertos e erros e na identificação das dificuldades que se constrói um cotidiano de equipe.

O bloco de categorias relacionadas com atitudes incluiu: respeito à disciplina do outro, respeito ao outro, tolerância, aceitação de sugestões, respeito às limitações, respeito às competências, comprometimento com o sistema, ouvir, reflexão, humildade, mudança, respeito às diferenças, ética, autoridade, empatia.

Como pode ser observado, o rosário de categorias relacionadas com a atitude foi prevalente nesta fase do nosso estudo. Não ficamos tomados de estranhamento diante deste dado, pois entendemos que a atitude encerra a competência-mãe, nutridora, que oferece as condições dos desdobramentos das habilidades e conhecimentos. Insistimos que a coerência entre os três elementos da competência os tornam indelevelmente unidos e dialeticamente parte uns dos outros, mas reconhecemos que a condição primeira da prática interdisciplinar se encontra nas atitudes dos membros da equipe.

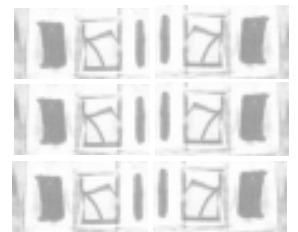
O *respeito à disciplina do outro* foi entendido como a ausência de censura e de atribuição de juízo de valor aos demais coletivos de pensamento envolvidos no trabalho em equipe. Entender os potenciais e as limitações de minha disciplina e das outras disciplinas, sem julgamento hierárquico, reconhecendo a importância do papel de cada um no processo de construção da prática interdisciplinar, é fundamental nas relações de trabalho.

A construção coletiva não deve negar o individual, a *atitude de respeito pelo outro*, mas pressupor subjetividade. De fato, o coletivo interdisciplinar pode ser entendido como intersubjetividade e, como tal, considerar o outro como único.

*Tolerar* aqui não se aplica a relevar, se submeter ou se resignar, mas se colocar no lugar do outro e entender que o outro pode estar com a razão, ou melhor ainda, entender e contextualizar a verdade do outro dentro da perspectiva do estilo de pensamento e coletivo de pensamento. Implica também pactuar e negociar na busca de consensos.

A categoria de *aceitação de sugestões* se apresenta como uma possibilidade prática do exercício da tolerância. Significa permeabilizar o meu discurso com o discurso do outro membro da equipe e entender que as contribuições teórico-práticas de outros coletivos de pensamento constituem elementos de uma construção coletiva.

A referência que foi feita neste depoimento - *respeitar as limitações* - é relativa às competências específicas de cada coletivo de pensamento. Entender que as competências específicas do médico, do enfermeiro, do odontólogo são limitadas, porém estas mesmas limitações podem se tornar substrato na justificativa interdisciplinar. A própria condição da complexidade do objeto saúde/doença imprime em cada coletivo de pensamento a consciência de suas limitações; por outro lado, é exatamente



nesta complexidade que emerge a possibilidade do trabalho em equipe. O respeito às limitações não pode ser “limitantes”, mas uma alavanca para o trabalho cooperativo.

A alusão ao *respeito às competências*, apesar de a primeira parecer se aproximar da categoria “respeitar a disciplina do outro” carrega diferenças substanciais. Neste momento do discurso o quadro que se avizinha é o das práticas e dos “atos”. Respeitar a competência do outro pode significar não entrar no campo do “ato corporativo” do outro. Entendemos o momento histórico em que tal preocupação é colocada, quando as corporações das profissões de saúde empreendem um movimento conservador em relação a suas competências específicas, mas a interdisciplinaridade exige um certo desprendimento corporativo, sobretudo quando se parte do princípio da Integralidade como eixo nuclear nas mudanças do modelo de atenção.

A inclusão, por parte do entrevistado, da atitude de *comprometimento com o sistema*, se mostrou surpreendente. Parece-nos claro que o nível de comprometimento com as mudanças do modelo de atenção, embrionados no Movimento da Reforma Sanitária e conseqüentemente, com os princípios e diretrizes do SUS, são fundamentais na execução de qualquer projeto de trabalho numa equipe do PSF.

Pressuposto básico da comunicação, o *ouvir* possibilita entender a opinião do outro, questionar minhas próprias convicções, aprender.

Atitude de *reflexão*, espírito crítico, autocrítico, capacidade de abstrair de uma situação concreta são encarados como atitudes a serem desenvolvidas no trabalho interdisciplinar. O não comprometimento e a alienação podem ser encarados como conseqüentes à divisão parcelar do trabalho (disciplinarização), mas também como dificuldades na execução do trabalho coletivo (interdisciplinaridade). A alienação se relaciona ainda com o descompromisso com a realidade social e seus indicadores, o que é incompatível com os princípios da Reforma Sanitária.

A atitude de *humildade* se relaciona com muitas outras categorias anteriormente descritas. A humildade inclui reconhecer limitações, reconhecer que se pode estar errado, que se pode ser ajudado, que não é melhor ou pior, mas diferente.

À atitude de *mudança* foi atribuído o significado de estar pronto para aprender, recomençar e aceitar novos desafios. Entender a realidade e se sentir co-responsável em seus processos de transformação. Assumir o papel ativo, construtor da história da realidade e seus processos. Esta atitude implica reconhecer as determinações e se apropriar dos mecanismos capazes de modificá-las.

O *respeito às diferenças* está aderido a uma das especificidades humanas que é a consciência de si mesmo dentro da heterogeneidade. Sujeitos históricos têm biografias, são particulares e únicos e, não contraditoriamente, são sujeitos coletivos. Cada qual constrói sua história a partir da perspectiva social de seu contexto. Classe social, família, formação, educação num coletivo de pensamento específico (na graduação) trazem marcas que repercutirão em nossos diversos micro-ambientes sociais. Poderíamos, ainda, extrapolar esta categoria em relação à percepção da comunidade em que se vai trabalhar. Práticas interdisciplinares de



intervenção comunitária pressupõem um profundo respeito à cultura das pessoas, bem como a suas crenças e valores.

As ciências da saúde têm como objetos indivíduos e comunidades, ou seja, objetos intrinsecamente sujeitos a mecanismos *éticos*. O ambiente de trabalho também se comporta como uma relação social ética, e não falamos aqui da ética corporativa, mas da ética que também se baseia no princípio da Integralidade.

A referencia a *autoridade* foi interpretada aqui como liderança. Apenas interpretada, já que, por não se tratar de uma entrevista semi-estruturada, esta questão não pode ser contextualizada, surgiu apenas como uma palavra solta sem ligação com expressão ou contexto. De qualquer forma, entendemos que a liderança se relaciona muito mais com uma habilidade do que, propriamente, com uma atitude. Acreditamos que é uma habilidade que pode ser permeada de atitudes positivas ou não. O exercício da autoridade e da liderança deve ser, acima de tudo, pactuada e democrática, e não de forma autoritária e hierárquica.

*Empatia* é a qualidade de se colocar na situação do outro, ou melhor, se sentir nas circunstâncias experimentadas pelo outro. É uma forma de compaixão.

Além destas categorias que consideramos diretamente relacionadas com a competência em estudo - interdisciplinaridade - os informantes colocaram outros aspectos como: capacitação docente, visão holística e atividade prática.

No que tange à *capacitação docente*, entendemos o contexto da formação como importante no desenvolvimento de práticas interdisciplinares dos profissionais. Foi destacada a importância de que se oportunize, nos cursos de graduação, espaços interdisciplinares. Para que isto ocorra, professores sensibilizados devem ser protagonistas destas práticas curriculares. Conseqüentemente, os professores que tiveram uma formação tradicionalmente disciplinar, necessitam educação permanente sobre interdisciplinaridade.

Preferimos denominar *visão holística* como visão integral (princípio da Integralidade), que surgiu como referência ao resultado aproximado de uma prática interdisciplinar. Temos preferido dizer que a interdisciplinaridade é um dos elementos, ou um dos caminhos que possibilita aproximações de uma prática de Atenção Integral em Saúde.

Esta construção de um de nossos entrevistados tem encontrado bastante respaldo em nossos discursos, o de que a interdisciplinaridade não pode ser apenas uma abstração epistemológica, ou apenas um objetivo a ser alcançado. Ela se constrói em cima de uma realidade muito concreta, ou seja, no âmbito das *práticas*, dos cotidianos, das demandas e necessidades.

### Considerações finais

A pesquisa que originou este artigo gerou uma quantidade e variedade de dados e sua divulgação e compartilhamento com a comunidade profissional e científica tem ocorrido de forma parcelar. Neste artigo abordamos uma das três grandes competências gerais dos profissionais da saúde na perspectiva de contribuição para a consolidação do SUS/PSF, qual seja, a

**interdisciplinaridade.** As competências estudadas foram: educação e participação em saúde, interdisciplinaridade e gerenciamento. São denominadas gerais porque são compartilhadas por todas as profissões da saúde e consideradas nucleares para a mudança do modelo de atenção à saúde.

Entendemos que o recorte apresentado atingiu os objetivos propostos. Confirmamos também que a metodologia selecionada para responder aos referidos objetivos se mostrou adequada, triangulando dados quantitativos e qualitativos.

A síntese representada pelo diagrama de árvore pode ser considerada como uma contribuição para subsidiar gestores e educadores comprometidos com a formação de profissionais e seu processo de educação permanente.



#### Referências

- ALMEIDA, M.; MARANHÃO, E. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da Saúde.** Londrina: Rede UNIDA, 2003.
- BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação:** uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto, 1994.
- COSTA NETO, M. M. (Org.) **A implantação da Unidade de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.
- DELORS, J. **Educação:** um tesouro a descobrir. São Paulo/Brasília: Cortez/MEC/UNESCO, 1998.
- FLECK, L. **La génesis y el desarrollo de un hecho científico.** Madrid: Alianza Editorial, 1986.
- JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber.** Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1992.
- PERINI, E.; PAIXÃO, H.H.; MODENA C. M.; RODRIGUES, R. N. O indivíduo e o coletivo: alguns desafios da epidemiologia e da medicina social. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.5, n.8, p.101-18, 2001.
- SAUPE, R. R. **Proposição de uma metodologia para avaliação de cursos de enfermagem.** 1979. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- SPÍNOLA, M. R.; PEREIRA, E. M. Avaliação de programas: uma metodologia. **Projeção**, v.7, n.1, p.26-32, 1976.
- SPÍNOLA, M. R.; PEREIRA, E. M. Avaliação do Programa Imposto de Renda -77. **Projeção**, v.19, Supl. Esp., p.1-11, 1977.
- TRIVINÓS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.



SAUPE, R. ET AL.



SAUPE, R. et al. Competencia de los profesionales de la salud para el trabajo interdisciplinar. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.18, p.521-36, set/dez 2005.

La interdisciplinaridad, con uno de los conceptos nucleares para la consolidación de las políticas públicas en el área de la salud, fue localizada en la perspectiva de los profesionales que están con el desafío de concretizarla en la práctica. Entendida como una competencia que resulta de un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes, fue organizada en la forma de diagrama jerárquico. Este fue, inicialmente, submetido a la evaluación por un grupo de veintiún jueces y posteriormente, a una muestra de ciento cuarenta y cinco profesionales de la salud. Los resultados evidenciaron un acuerdo entre la propuesta de los investigadores y la evaluación de los sujetos participantes, pues en una escala de cero a diez, el índice de desempeño final quedó por encima de nueve. El espacio abierto para depoimentos de los sujetos resultó en importantes categorías que serán agregadas, enriqueciendo la totalidad estudiada.

**PALABRAS CLAVE:** interdisciplinaridad. educación embasada en competencias. recursos humanos en salud.

Recebido para publicação em: 31/08/05. Aprovado para publicação em: 28/11/05.