

TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA SAÚDE: DA CONCEPÇÃO AO DESAFIO DO FAZER NA PRÁTICA¹

MULTI-PROFESSIONAL TEAMWORK IN HEALTH: FROM CONCEPTION TO THE CHALLENGE OF ITS PRACTICE

**Dirce Stein Backes², Adriana Dornelles Carpes³, Chaiana Piovesan⁴,
Léris Salete Bonfanti Haeffner⁵, Andreas Büscher⁶ e Lurdes Lomba⁷**

RESUMO

As Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da área da saúde foram instituídas para fortalecer as mudanças na formação dos profissionais com vistas à consolidação do Sistema Único de Saúde. Assim, objetivou-se com este estudo analisar as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área da saúde e destacar o caráter do trabalho em equipe multiprofissional presente nas mesmas e, na sequência, discuti-lo na perspectiva do pensamento complexo. As diretrizes curriculares nacionais de nove cursos analisados demonstram, na sua totalidade, que um ou mais itens do Art. 3º das competências e habilidades profissionais fazem referência à necessidade do trabalho em equipe multiprofissional. Conclui-se, que as diretrizes, por si só, não garantem uma atuação profissional em equipe. É fundamental que haja, a priori, uma reforma do pensamento, ou seja, que se transcenda do pensamento fragmentado, linear e excessivamente disciplinar, para um pensamento complexo, capaz de rejunta e religar os diferentes saberes.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Programa Saúde da Família, diretrizes curriculares, educação superior.

ABSTRACT

The Curriculum Guidelines for Health Undergraduate Courses were instituted to allow some changes in the formation of health professionals and to consolidate the Public Health System. Therefore, the aim of this study is to evaluate the National Curriculum Guidelines for Undergraduate Health Courses and to highlight the character of the multi-professional teamwork by discussing it within the perspective of the complex thinking. The National Curriculum Guidelines of nine courses demonstrated that one or more items of Art. 3º of the professional competencies and skills refer to the need of multi-professional healthcare teamwork. The conclusion shows that the curriculum guidelines constitute an important mechanism of transformation of professional practices; however, the guidelines alone do not guarantee a professional teamwork. Therefore, it is essential to transform the traditional fragmented thought, which is linear and excessively disciplinary, into a complex thinking that may be able to reconnect different knowledge..

Keywords: Public Health System, Family Health Program, curriculum guidelines, university.

¹ Trabalho de Iniciação Científica - Pro/PET-Saúde.

² Docente do Curso de Enfermagem - Centro Universitário Franciscano. E-mail: backesdirce@ig.com.br

³ Docente do Curso de Farmácia - Centro Universitário Franciscano.

⁴ Docente do Curso de Odontologia - Centro Universitário Franciscano.

⁵ Docente do Curso de Medicina - Centro Universitário Franciscano.

⁶ Docente de Enfermagem da University of Applied Sciences/HO - Alemanha.

⁷ Docente Adjunta da Escola Superior de Enfermagem - Coimbra/Portugal.

INTRODUÇÃO

O atendimento à saúde da população brasileira se caracterizou, historicamente, pelo seu caráter assistencialista, pontual e verticalizado, com pouca ênfase nas interações, participação popular e no trabalho em equipe multiprofissional. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no entanto, enquanto afirmação política de compromisso do estado brasileiro para com os direitos dos cidadãos possibilitou um novo direcionamento para as políticas públicas de saúde. Além de ser único, descentralizado e universal, o SUS propõe uma lógica horizontalizada e sistêmica de conceber, direcionar e gerenciar os serviços e ações em saúde. O mesmo preconiza, em outras palavras, uma nova postura tanto por parte dos gestores e profissionais de saúde, quanto por parte dos usuários. É importante, que nessa relação haja trocas efetivas e significativas de saberes e práticas, motivadas pelo diálogo e a valorização dos diferentes conhecimentos (SANTOS; CUTOLO, 2003; FLEURY, 2009; PAIM et al., 2011; VICTORA et al., 2011).

Com a criação do Programa de Saúde da Família, mais tarde denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), no ano de 1994, este caráter circular e sistêmico do SUS ficou ainda mais evidente e necessário. Ao ser implementada como estratégia para a reorientação das práticas de saúde e, sobretudo, para a consolidação da atenção primária, no Brasil, a ESF requer, por excelência, processos altamente interativos e associativos com o propósito de apreender às necessidades de saúde do ponto de vista singular e multidimensional, ou seja, a partir dos múltiplos determinantes sociais, econômicos, políticos e outros. Pautada em princípios e diretrizes do SUS, a ESF, portanto, vem se constituindo como estratégia substitutiva às tradicionais e hegemônicas práticas de saúde, até então vigentes (BACKES et al., 2009; MORETTI-PIRES, 2009; GEPESES, 2011; MARZARI et al., 2013).

Sob tal aposta, a discussão sobre o trabalho em equipe multiprofissional, com enfoque interdisciplinar, passou a ser uma temática recorrente e um fator determinante para provocar as necessárias mudanças na formação dos diversos profissionais da saúde. O trabalho em equipe e/ou a atuação interdisciplinar pressupõe trocas significativas, tanto de conceitos, teorias e métodos, quanto de práticas, de modo que os pares que detêm os diferentes conhecimentos trabalhem integrados e articulados entre si e com o todo. No enfoque interdisciplinar, se encontra tanto o desafio relacionado à busca da unidade na multiplicidade e vice-versa, quanto o de aprender a lidar com as próprias diferenças e com a dos outros. A diferença de saberes, sob esse enfoque, não pode mais ser considerada como entrave às práticas, mas como possibilidade de ampliar e potencializar os processos interativos e encontrar respostas múltiplas para os problemas de saúde que, na maioria das vezes, também são multifatoriais (JAPIASSU, 1976; GOMES, 1997; BACKES et al., 2005; TEIXEIRA, 2007; CARPES et al., 2012).

O trabalho em equipe multiprofissional, cujas dificuldades são notórias nos diferentes ambientes de atenção à saúde, não é algo tão simples de ser decifrado, concebido e promovido. Esta percepção pode ser evidenciada em vários estudos, ao mencionarem a dificuldade do trabalho interdisciplinar

em equipe multiprofissional, gerada principalmente pela deficiência de reflexões e discussões teórico-práticas no processo de formação acadêmica. Os estudos apontam, na sua maioria, um descompasso entre a formação acadêmica e a atuação na prática profissional. Nesse descompasso fica claramente evidente a fragmentação e a dissociação dos saberes disciplinares difundidos pela Universidade, na qual se reproduz, ainda, o modelo biomédico centrado nas disciplinas altamente especializadas (SANTOS; CUTOLO, 2003; ROSSONI; LAMPERT, 2004; COSTA, 2005; AVARENGA, 2005; ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006; MORETTI-PIRES, 2009; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Os estudos acima mencionados concluem, na sua maioria, que a saúde ainda está pautada no modelo biomédico, cujas consequências são a reprodução, a fragmentação e a linearidade das intervenções relacionadas ao processo saúde-doença. A desejada articulação de saberes, por meio de uma interação comunicativa dialógica e horizontal, como requisito indispensável ao trabalho em equipe, ainda está longe de ser atingida. E dentre os inúmeros questionamentos provocativos, permanecem os seguintes: como promover o trabalho em equipe multiprofissional, na prática? A quem cabe esta tarefa?

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde, homologadas entre os anos de 2001 e 2003, visam corrigir importantes deficiências na formação dos profissionais de saúde, sobretudo, as associadas aos rigorosos modelos disciplinares de conceber e promover a saúde. Com este intuito, as diretrizes curriculares propõem a formação de um novo ator social - um profissional com formação generalista, direcionado primordialmente à atenção básica de saúde e capaz de intervir nos problemas de saúde da população de forma ampliada e sistêmica. Em vários momentos, as diretrizes curriculares reiteram a importância da formação de competências e habilidades para o trabalho em equipe multiprofissional, bem como a importância da atuação de modo a garantir a integralidade e a resolutividade do cuidado em saúde (BRASIL, 2001abc, 2002abcde, 2003). No entanto, a homologação das diretrizes curriculares não é o suficiente para que os seus eixos norteadores sejam incorporados no ensino e muito menos na prática profissional. É preciso muito mais do que isto.

Considerando os princípios e diretrizes do SUS e, principalmente, a proposta da ESF, a qual requer por excelência um trabalho em equipe multiprofissional com enfoque interdisciplinar, bem como as diretrizes curriculares para a formação dos profissionais da saúde, nas quais este aspecto foi novamente acentuado, no presente estudo se teve por objetivo analisar as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área da saúde e destacar o caráter do trabalho em equipe multiprofissional presente nas mesmas e, na sequência, discuti-lo na perspectiva do pensamento complexo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa, que teve como objeto de investigação as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área da saúde e, como

referencial teórico o pensamento da complexidade. A investigação foi conduzida com base no seguinte questionamento: quais os elementos das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área da saúde remetem ao trabalho em equipe multiprofissional, com enfoque na interdisciplinaridade em saúde?

Para tanto, foram lidas e analisadas as diretrizes curriculares nacionais de nove cursos de graduação da área da saúde, instituídas entre os anos de 2001 e 2003, quais sejam: Biomedicina (CNE/CES 6/2003), Enfermagem (CNE/CES 3/2001a), Farmácia (CNE/CES 2/2002a), Fisioterapia (CNE/CES 4/2002b), Fonoaudiologia (CNE/CES 5/2002c), Medicina (CNE/CES 4/2001b), Nutrição (CNE/CES 5/2001c), Odontologia (CNE/CES 3/2002d) e Terapia Ocupacional (CNE/CES 6/2002e). Os elementos extraídos das diretrizes curriculares foram analisados e, na sequência, organizados em um quadro, a fim de facilitar a leitura e a sua compreensão.

RESULTADOS

ANÁLISE DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DOS CURSOS INVESTIGADOS

O primeiro aspecto das diretrizes curriculares nacionais e, que merece destaque por se fazer presente na totalidade dos cursos analisados, diz referência à formação generalista, humanista, crítica e reflexiva dos profissionais das diversas áreas da saúde, conforme descrito no Art. 3º:

O curso de graduação em Biomedicina (como todos os outros cursos) tem como perfil do formando egresso/profissional - Biomédico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual.

O que, de fato, significa formar um profissional com caráter generalista, humanista, crítico e reflexivo? Será que os atores envolvidos no processo de formação têm consciência e clareza da profundidade e complexidade dos termos acima apresentados?

No Art. 5º das diretrizes curriculares nacionais foram encontrados, na totalidade dos cursos investigadas, um ou mais itens relacionados à formação de competências e habilidades para o trabalho em equipe multiprofissional, com enfoque interdisciplinar, conforme descrito no quadro 1.:

Quadro 1 - Formação de competências e habilidades para o trabalho em equipe multiprofissional, com base nos cursos da área de saúde, artigo e item das diretrizes curriculares e a descrição sobre o trabalho em equipe.

Curso	Artigo e item	Descrição sobre o trabalho em equipe
Biomedicina	Art. 5º, itens III	<i>-Atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética.</i>
Enfermagem	Art. 5º, itens VIII, XIII, XXII	<i>-Ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança. -Assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde. -Integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais.</i>
Farmácia	Art. 5º, item III	<i>-Atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e ética.</i>
Fisioterapia	Art. 5º, itens III e XIII	<i>-Atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética. -Encaminhar o paciente, quando necessário, a outros profissionais relacionando e estabelecendo um nível de cooperação com os demais membros da equipe de saúde.</i>
Fonoaudiologia	Art. 5º, itens VIII e XI	<i>-Desenvolver, participar e/ou analisar projetos de atuação profissional disciplinares, multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares. -Situar a Fonoaudiologia em relação às outras áreas do saber que compõem e compartilham sua formação e atuação.</i>
Medicina	Art. 5º, item XXI	<i>-Atuar em equipe multiprofissional.</i>
Nutrição	Art. 5º, itens VI, X	<i>-Atuar em equipes multiprofissionais de saúde e de terapia nutricional. -Atuar em equipes multiprofissionais destinadas a planejar, coordenar, supervisionar, implementar, executar e avaliar atividades na área de alimentação e nutrição e de saúde.</i>
Odontologia	Art. 5º, itens III, XXVIII	<i>-Atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética. -Trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde.</i>
Terapia Ocupacional	Art. 5º, itens VII, XX, XXI	<i>-Explorar recursos pessoais, técnicos e profissionais para a condução de processos terapêuticos numa perspectiva interdisciplinar. -Conhecer os princípios éticos que norteiam os terapeutas ocupacionais em relação as suas atividades de pesquisa, à prática profissional, à participação em equipes interprofissionais, bem como às relações terapeuta-paciente/cliente/usuário. -Conhecer a atuação inter, multi e transdisciplinar e transcultural pautada pelo profissionalismo, ética e equidade de papéis.</i>

Fonte: Criação dos autores, a partir da análise das Diretrizes Curriculares Nacionais de cursos de graduação da área da saúde.

Além dos itens relacionados ao Art. 5º das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde, a necessidade do trabalho em equipe multiprofissional com ênfase para o SUS fica evidente, também, no Parágrafo Único, conforme descrito no quadro 2. Chama-se atenção, no entanto, para o fato de dois cursos não mencionarem o trabalho em equipe, propriamente dito e apenas três cursos mencionarem, claramente, a ênfase de sua atuação profissional para o SUS.

Quadro 2 - Trabalho em equipe multiprofissional dos cursos da área da saúde, com ênfase para o SUS, explicitados no Parágrafo Único das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde.

Curso	Parágrafo Único
Biomedicina	<i>A formação do biomédico deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.</i>
Enfermagem	<i>A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais de saúde, com ênfase no <u>Sistema Único de Saúde (SUS)</u> e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.</i>
Farmácia	<i>A formação do Farmacêutico deverá contemplar as necessidades sociais da saúde, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe, com ênfase no <u>Sistema Único de Saúde (SUS)</u>.</i>
Fisioterapia	<i>A formação do Fisioterapeuta deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.</i>
Fonoaudiologia	<i>A formação do Fonoaudiólogo deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.</i>
Medicina	<i>Com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.</i>
Nutrição	<i>A formação do nutricionista deve contemplar as necessidades sociais da saúde, com ênfase no <u>Sistema Único de Saúde (SUS)</u>.</i>
Odontologia	<i>A formação do Cirurgião Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.</i>
Terapia Ocupacional	<i>A formação do Terapeuta Ocupacional deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.</i>

Fonte: Criação dos autores, a partir da análise das Diretrizes Curriculares Nacionais de cursos de graduação da área da saúde.

Percebe-se, com base na análise realizada, que as diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área de saúde, asseguram, na sua totalidade, à necessidade de se desenvolver competências e habilidades para o trabalho em equipe, no decorrer do processo de formação acadêmica. Como, no entanto, estão sendo desenvolvidas estas competências e habilidades, na prática? Quais são os avanços, nesse processo, considerando os seus 12 ou 13 anos de instituição nos diferentes cursos da saúde?

DISCUSSÃO

DA CONCEPÇÃO AO DESAFIO DO FAZER NA PRÁTICA

A proposta do trabalho em equipe multiprofissional, na saúde, tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização disciplinar, o qual tem como consequência a dissociação e a recorrente fragmentação do trabalho em saúde. Para tanto, é importante que se diferencie, inicialmente, o termo transdisciplinaridade da interdisciplinaridade. Enquanto o primeiro se refere à abertura de todas as disciplinas ao que as atravessa e as ultrapassa, o segundo visa à integração de dois ou mais componentes curriculares na construção do conhecimento, neste caso, o cuidado em saúde. Para que ambas ocorram, na prática, é preciso haver um pensamento organizador, aqui denominado de pensamento complexo, compreendido como sendo tudo “aquilo que é tecido em conjunto” (MORIN, 2012).

A atuação da equipe multidisciplinar, na perspectiva do pensamento complexo, não está relacionada à diversidade e/ou à quantidade de profissionais em um mesmo espaço, mas à capacidade de apreender a complexidade dos problemas em saúde, os quais, na maioria das vezes, estão associados a múltiplos fatores e causas, logo, difíceis de serem apreendidos e respondidos por um único profissional (FEUERWERKER, 2003).

Nessa direção, Edgar Morin, autor do pensamento complexo, adverte que o modelo escolar, sobretudo, a universitária, ensina a separar os objetos de seu contexto, assim como as disciplinas umas das outras para não ter que relacioná-las. Reforça, ainda, que esta separação e fragmentação das disciplinas são incapazes de captar o que está tecido em conjunto, isto é, o complexo, segundo o sentido original do termo (MORIN, 2001, 2002, 2004). Logo, para que servem os saberes disciplinados/parcelados se não os confrontarmos uns com os outros, a fim de apreender e formar “o tecido em conjunto”, capaz de responder às necessidades de saúde, cada vez mais complexas?

No modelo tradicional de formação era importante que se reduzisse o complexo ao simples, que se separe o que estava ligado, que se unificasse o que era múltiplo e que se elimine tudo aquilo que eventualmente poderia ocasionar desordem ou contradições ao entendimento disciplinar. O pensamento simples, disciplinado, pontual e linear permitia aos especialistas terem desempenhos satisfatórios em seus empreendimentos, em setores altamente especializados, não complexos, mas na maioria das vezes relacionados ao funcionamento determinista das máquinas artificiais (MORIN, 2005, 2012). Agora tentemos imaginar o sistema de saúde, por si só um fenômeno complexo, o oposto de uma máquina determinista e nos perguntemos: será que ainda é possível reduzir este complexo a uma simples ou única causa? Ainda é possível manter a ordem em meio a tantas desordens – doenças multifatoriais, endemias, epidemias, novas doenças relacionadas aos determinantes sociais, econômicos e políticos? Ainda é possível responder aos problemas de saúde de forma simples, pontual e disciplinar?

O saber disciplinar, que só sabe da sua especialidade, rompe o caráter complexo do fenômeno saúde em fragmentos desunidos, ou seja, fraciona os problemas de saúde em pedaços isolados e, em última instância, fraciona o ser humano em um objeto reduzido em partes. Logo, onde fica a tão almejada integralidade do cuidado em saúde assegurada nas diretrizes curriculares nacionais de todos os cursos, ou ainda, a capacidade de apreender o ser humano como ser singular e multidimensional? Sob esse enfoque, o saber disciplinado/especializado não passa de um saber míope, dicotômico, alienante e altamente contraditório a proposta ousada do SUS, que pressupõe por excelência uma compreensão ampliada e sistêmica de saúde. O saber disciplinar cego se torna, nessa complexa relação, incompetente de resolver os seus próprios problemas, quanto mais o de responder aos complexos e multifatoriais problemas de saúde. Além do mais, a cegueira disciplinar fragiliza as possibilidades criativas e interativas, bem como a capacidade reflexiva e crítica tão bem expressa nas diretrizes curriculares nacionais.

A capacidade de contextualizar e ampliar os fenômenos sociais, neste caso o fenômeno da saúde, é uma qualidade primária do ser humano, mas que a formação disciplinar/especializada parcela, atrofia e paralisa. O conhecimento/saber é pertinente e significativo quando o mesmo é capaz de situar a informação em seu contexto e, se possível, no contexto global do que é tecido em conjunto. O conhecimento progride, portanto, não por sofisticação e redução dos fenômenos, mas pela capacidade de ampliar, interligar e tornar complexo. Para tanto, o conhecimento deve mobilizar não apenas uma cultura diversificada, mas também a atitude integral do ser humano para ampliar o seu campo de visão e intervir de forma criativa, reflexiva e crítica nas questões sociais. Quanto mais pujante for essa atitude integral e integradora, tantas maiores serão as competências e habilidades para se resolver os problemas específicos (MORIN, 2002, 2005, 2012).

Encontramo-nos, portanto, diante de uma importante e necessária reforma do pensamento, não qualquer pensamento, mas de um pensamento capaz de rejuntar e interligar o que está separado, de ampliar os fenômenos em seu contexto social, político e econômico, de respeitar a unidade na diversidade, de conceber o global, mas com ações efetivas em âmbito local, enfim, de um pensamento - complexo - capaz de compreender, acolher e lidar com o uno e o múltiplo ao mesmo tempo. Será que estamos preparados e/ou convencidos de que esta reforma do pensamento é importante e necessária?

Conceber a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe, na perspectiva do pensamento complexo, significa se comunicar uns com os outros e desmoronar as causalidades lineares e as fronteiras territoriais demarcadas pelos excessos disciplinares. Significa distinguir sem disjuntar e associar sem reduzir. Significa, ainda, permitir que a ordem dialogue com a desordem, a certeza com a incerteza e a parte com o todo, assim como o todo com as partes. Denota, em suma, passar de um pensamento linear, disjuntivo, fragmentado e reducionista para um pensamento complexo, capaz de ampliar, religar, interligar e apreender cada fenômeno em seu contexto real e concreto.

Diante do exposto fica o último questionamento: ainda é possível permanecer com o pensamento disjuntivo e simplificado (funcionamento determinista das máquinas) ou é hora de optar pelo

pensamento complexo, capaz de ampliar o campo de visão e possibilitar uma atuação em rede, na qual todos os fios são tecidos conjuntamente?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em equipe multiprofissional com enfoque interdisciplinar, assegurado pelas diretrizes curriculares nacionais, na totalidade dos cursos analisados, é marcado por desafios a serem superados em várias instâncias. O desafio, a primeira vista, consiste em uma reforma do pensamento, isto é, a emergência de se passar de um pensamento fragmentado, linear, disjuntivo e excessivamente disciplinar, para um pensamento complexo que, capaz de rejunta e religar os diferentes saberes e situá-los em seu contexto. Um segundo desafio está relacionado a uma mudança de paradigma nos serviços, nas instituições de ensino e nas relações interpessoais, nas quais se evidencia um imenso descompasso entre a formação e a realidade concreta dos serviços. E um terceiro desafio está associado à capacidade e habilidade de encontrar estratégias criativas e eficientes que consigam traduzir às diretrizes curriculares nacionais do papel à prática profissional.

Com base nos desafios sinalizados propõem-se algumas estratégias, sem dá-las por concluídas ou como receitas prontas, sob o risco de provocar novos reducionismos:

- Assegurar para que todos os docentes se apropriem efetivamente das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área da saúde;
- Promover espaços abertos de discussão, reflexão e problematização das diretrizes curriculares entre os estudantes dos diferentes cursos da área da saúde;
- Estimular metodologias de ensino que permitam aprender a religar e problematizar os fenômenos de saúde, ao invés de ensinar a separá-los, como por exemplo, tentar religar as partes a partir do sistema humano, isto é, os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais que formam a singularidade e complexidade humana;
- Evidenciar que cada disciplina, em particular, faz parte do um todo complexo, assim como cada parte do sistema humano compõe a unidade complexa e que para o seu perfeito funcionamento, requer as competências e habilidades de cada parte/disciplina;
- Estimular, ainda no processo formativo, cenários de prática que possibilitem ao aluno religar os saberes, bem como vivências em situações complexas, nas quais o estudante necessite interagir, refletir, contextualizar e construir, internamente, a concepção de trabalho em equipe;
- Promover uma cultura afirmativa e valorativa do SUS no meio acadêmico, uma vez que este potencializou a reforma curricular, além de demonstrar que o SUS é fruto de um longo processo de lutas e conquistas da própria população;
- Lembrar sempre, que a reforma do ensino e conseqüentemente das práticas de saúde se dá pela reforma do pensamento, isto é, da mente humana (eu, você e todos nós).

As estratégias acima delineadas devem, portanto, suscitar um processo de educação permanente, isto é, uma reforma do pensamento dos próprios docentes/formadores, responsáveis pela formação de novos profissionais.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 11, n. 1, p. 219-27, 2006.

ALVARENGA, L. M. C. A. **A prática médica no programa de saúde da família e sua contribuição para mudança no modelo técnico assistencial em saúde: limites e possibilidades**. 2005, 256 p. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Texto contexto enferm.**, v. 14, n. 3, p. 427-434, 2005.

BACKES, D. S. et al. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 3, p. 903-910, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 9 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 37, 2001a.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 4, de 9 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 38, 2001b.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 5, 9 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 39, 2001c.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Farmácia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 9, 2002a.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 4, de 4 de março de 2002. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Fisioterapia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 11, 2002b.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 5, 4 de março de 2002. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Fonoaudiologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 12, 2002c.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 4 de março de 2002. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Odontologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 10, 2002d.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 6, de 4 de março de 2002. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Terapia Ocupacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 12, 2002e.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 2, de 20 de fevereiro de 2003. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Biomedicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 16, 2003.

CARPES, A. D. et al. Construção do conhecimento interdisciplinar em saúde. **Disciplinarum Scientia, Série: Ciências da Saúde**, v. 13, n. 2, p. 145-151, 2012.

COSTA, A. S. S. M. **A construção do saber da enfermeira na equipe interdisciplinar de serviço de atenção psicossocial**. 2005. 235 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

FEUERWERKER, L. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da ABENO**, v. 3, n. 1, p. 24-27, 2003.

FLEURY, S. Brazilian sanitary reform: dilemmas between the instituting and the institutionalized. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

GPESES. Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde. **Validação de conceito de conceito de saúde na perspectiva da complexidade. Conceito discutido e validado no grupo de pesquisa**. Santa Maria: Gepeses, 2011.

GOMES, D. C. R. **Interdisciplinaridade em Saúde: um princípio a ser resgatado**. Uberlândia: Edufu, 1997.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

MARZARI, C. K. et al. Realidade sociopolítica, ambiental e de saúde de famílias pertencentes a uma comunidade vulnerável. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 1, p. 77-84, 2013.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 153-166, 2009.

MORIN, E. **A religação dos saberes: o desafio do século XXI**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

_____. **Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios**. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Tradução de Eloá Jacobina. 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

_____. **Ciência com consciência**. 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. 5. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2012.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Professional orientation for the health care system and the curricular guidelines. **Boletim da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 123-132, 2004.

SANTO, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 32, n. 4, p. 65-74, 2003.

TEIXEIRA, E. F. B. Emergência da inter e da transdisciplinaridade na universidade. In: AUDY, J. L. N.; MOROSINI, M. C. (Org.). **Inovação e interdisciplinaridade na universidade**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

VICTORA, C. G. et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **Lancet**, v. 377, n. 9782, p. 2042-2053, 2011.

