

Equipes de Saúde: O desafio da integração disciplinar

Health teams: The disciplinary integration challenge

Gabriela Bruno Galván*

RESUMO:

O objetivo do presente artigo é refletir sobre a necessidade de intervenção integrada na assistência à saúde, bem como a forma como esta integração se dá na prática das instituições de saúde. Diante dos vários níveis de integração disciplinar, esta reflexão resgata na literatura algumas definições como equipe multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar para, a seguir, levantar os entraves que dificultam ou impedem o exercício pleno da integração disciplinar. A partir da análise proposta, conclui-se que indivíduos, equipes e instituições necessitam remodelar alguns princípios e conceitos para alcançar uma prática mais coesa e completa na promoção da saúde.

Palavras-chave: Interdisciplinaridade, psicologia da saúde, transdisciplinaridade

ABSTRACT:

The objective of the present article is to reflect about the need of integrated intervention on health assistance, as well as the way this integration occurs on the health institutions. In face of several disciplinary integration levels, this reflection recovers from the literature some definitions as multidisciplinary, interdisciplinary and transdisciplinary teams, to, on the sequence, raise the obstacles that difficult or block the interdisciplinary integration full practice. Starting from the proposed analysis, it follows that persons, teams and institutions need to remodel some principles and concepts to achieve a more coherent and complete practice on the health promotion.

Key-words: Interdisciplinarity, health psychology, transdisciplinarity

* e-mail: gabrielagalvan@terra.com.br

O saber na área da saúde, assim como em outras áreas do conhecimento, caracteriza-se pela fragmentação disciplinar. Cada vez mais lidamos com especialidades e sub-especialidades. Reproduzindo o modelo médico, a psicologia estrutura a sua formação em grandes áreas de especialização, como psicologia clínica, social, educacional, hospitalar, e outras e, dentro de cada área, surgem “especializações” que, embora não estejam formalizadas como tal, funcionam deste modo na prática. Desta forma, há os psicólogos hospitalares que em função de um percurso significativo e de experiência adquirida na prática, tornam-se referência em uma determinada clínica ou determinado aspecto da questão saúde-doença, seja em transplante, em cardiologia, em reabilitação, em UTI, ou em outra especialidade.

Esta realidade reflete que a subdivisão do saber se dá também em função de uma expertise resultante do aprofundamento e aperfeiçoamento em determinado assunto ou problemática. Obviamente isto traz benefícios se considerarmos a dimensão atual das possibilidades de aprendizagem e de desenvolvimento em cada campo do conhecimento. É impossível para qualquer pessoa conhecer todas as facetas de estudo possíveis, sem computar perdas em termos de profundidade. Por outro lado, a especialização muito dirigida ou focalizada, também traz prejuízos na medida em que a perda da noção do funcionamento global do objeto de estudo é desastrosa em se tratando de saúde. Sabemos que conhecer com exatidão cada parte do organismo que está sendo tratado possibilita um tipo de maestria que traz conseqüências benéficas ao tratamento; mas também é preciso reconhecer que a soma das partes é diferente do todo e que o organismo é um indivíduo, cuja dinâmica é extremamente complexa, justamente por ser indivisível.

Assim, temos, por um lado, disciplinas, que são domínios do conhecimento, sistematizados de acordo com critérios específicos, metodologia própria e limites estabelecidos, marcando as fronteiras entre os campos do saber. Por outro lado temos as limitações de cada disciplina em dar conta da compreensão e intervenção em fenômenos globais e complexos, uma vez que se referem ao funcionamento do ser humano, como um todo. Este estado das coisas gerou um movimento contrário à rigidez e ao isolamento disciplinar que se caracteriza pela formação de equipes de saúde, onde as disciplinas estejam representadas, mas não isoladas; numa tentativa de abarcar o todo, através da junção das partes, dos diferentes olhares sobre um mesmo fenômeno.

Este artigo se propõe a refletir acerca das dificuldades e dos entraves encontrados nesta tentativa de estabelecer um espaço de troca e de integração entre as disciplinas envolvidas na atenção à saúde. Delimitar de que ordem são os obstáculos encontrados para a concretização de um diálogo fecundo e integrado nas equipes de saúde é uma forma de encontrar substratos para a melhoria desta integração. Não se quer afirmar aqui, que não há equipes de saúde que funcionem de forma a alcançar os objetivos propostos. Se trata de relativizar sucessos e fracassos em termos de integração disciplinar, através de um olhar crítico que permita avanços neste âmbito.

A primeira questão relevante a se destacar se refere à definição conceitual dos tipos de equipes existentes. Diversos autores sistematizaram as características de multi, inter e transdisciplinaridade, buscando delimitar diferenças e propriedades de cada uma dessas possibilidades de integração entre profissionais de diversas disciplinas. Neste sentido, mais do que qualidades das equipes, as definições se referem a modos de funcionamento; o que nos leva a constatar que as equipes não são universos estanques, são estruturas dinâmicas que podem funcionar ora de forma mais integrada ora de forma mais estratificada. Ou seja, não é a equipe que é multi ou transdisciplinar, mas é o seu modo de operar que pode ser definido de uma determinada maneira, em um determinado momento. Por outro lado, podemos pensar que uma maior integração pressupõe algum tipo de amadurecimento em termos grupais e que poderíamos pensar em uma linha evolutiva, tendo como paradigma a questão da interação da equipe. Assim como no processo de amadurecimento pessoal, no que se refere às equipes também existe a possibilidade de, diante de situações de crise, haver um retrocesso para formas de funcionamento menos maduras. Almeida Filho (2005) resgata uma classificação evolutiva das alternativas de interação disciplinar, tendo como base autores como Jantsch (1972), Vasconcelos (1997, 2002) e Bibeau (1996). Desta forma ele define multidisciplinaridade como um conjunto de disciplinas que trata, simultaneamente, de uma dada questão, sem que os profissionais implicados estabeleçam efetivas trocas entre si (Almeida Filho, 2005). Neste caso, cada especialista emprega sua metodologia, baseado em suas hipóteses e teorias, sendo que o objeto em questão é visto sob múltiplos pontos de vista, numa justaposição de conhecimentos; ou seja, o mesmo tema é abordado sob ângulos variados, não existindo a perspectiva de síntese.

Quando falamos de interdisciplinaridade, podemos destacar o caráter “inter”, que por si só já marca a presença de uma ação recíproca de um elemento sobre o outro e vice-

versa. Em uma equipe interdisciplinar há possibilidade de troca de instrumentos, técnicas, metodologia e esquemas conceituais entre as disciplinas. Assim, trata-se de um diálogo que leva ao enriquecimento e transformação das disciplinas envolvidas. Segundo Almeida Filho (2005), interdisciplinaridade implica na interação de diferentes disciplinas científicas sob a coordenação de uma delas. Para Batista (2006) a interdisciplinaridade traz uma contribuição importante para a produção científica contemporânea, na medida em que contempla as intersubjetividades e o respeito às diferenças existentes diante de múltiplos olhares e compreensões acerca de um determinado objeto. Gomes e Deslandes (1994) acrescentam que a interdisciplinaridade conduz a uma reflexão profunda a respeito do conceito de ciência e possibilita o resgate da unidade de seu objeto de estudo; destacam, porém, que a interdisciplinaridade não anula a disciplinaridade, antes de qualquer coisa, implica em uma consciência dos limites e das potencialidades de cada campo do saber, na busca de um fazer coletivo.

Por sua vez, a transdisciplinaridade diz respeito a uma compreensão que transcende o âmbito de cada disciplina e surge através da articulação que possibilita o surgimento de uma nova visão da natureza e da realidade (Santos, 1995). A equipe que funciona segundo uma dinâmica transdisciplinar tem sua coordenação assegurada por referência a uma finalidade comum, com tendência à horizontalização das relações de poder. Cria-se um campo novo com autonomia teórica e metodológica com relação às disciplinas que o compõe. (Almeida Filho, 2005).

Aiub (2006) aponta para as características da transdisciplinaridade como um olhar para a dimensão do universo e a compreensão da impossibilidade de abarcá-lo no âmbito de alguma disciplina, seja ela qual for e independentemente da profundidade com que possa ser conhecida. Para a autora, sempre haverá perguntas sem respostas prontas e buscar respostas ou, dito de outra forma, construir conhecimento implica em construir novos modos de ser, a partir da plasticidade própria do ser humano.

Como podemos ver, há diversas formas de se buscar a interlocução necessária para a realização de um trabalho mais amplo, coeso e consistente. Porém, a experiência nos mostra que, particularmente falando de equipes de saúde, este não é um caminho que se constrói e se trilha sem percalços. Vemos, cotidianamente, na prática dos serviços de atenção à saúde dificuldades significativas que se traduzem pela manutenção da rígida divisão disciplinar ou da aparente integração, sendo que os entraves aparecem nas queixas

dos pacientes e na impossibilidade de lidar, de fato, com questões mais complexas como, por exemplo, a não adesão ao tratamento.

Se há um consenso a respeito da necessidade imperativa do trabalho em equipe na atenção à saúde, por que então este trabalho não se estrutura de forma simples e fluida? Por que a prática parece caminhar em direção a este “consenso” com passos tão hesitantes? De que ordem são os entraves com as quais as equipes se deparam ao longo de seu trajeto, muitas vezes sem sequer conseguir identificá-los?

Penso que há pelo menos três níveis de entraves que devemos enfrentar para desenvolver o trabalho de forma integrada: os individuais, os grupais e os institucionais.

O que denomino aqui de “entraves individuais” diz respeito ao significado pessoal do trabalho em equipe para cada um dos membros envolvidos. Uma das questões que se colocam diante do profissional envolvido em uma equipe de saúde é a respeito de seu próprio lugar nesta equipe. O que ocorre é que o saber delimitado pela disciplina seja a psicologia, o serviço social, a medicina, a enfermagem, a fisioterapia, ou qualquer outra que faça parte do grupo, tradicionalmente oferece um lugar pré-determinado ao indivíduo que a representa. Desta forma tomemos como exemplo uma equipe de reabilitação, que necessita de fisioterapeutas. Ao confundirmos o lugar da disciplina com o lugar do sujeito, damos ao indivíduo a falsa idéia de que, enquanto representante do saber da fisioterapia, tem um lugar garantido no grupo, ao mesmo tempo em que fortalece sua identidade profissional: “sou fisioterapeuta da equipe de reabilitação X”. A consequência deste estado de coisas é que, na medida em que uma equipe abre mão da rigidez disciplinar, e as interlocuções passam a ser mais efetivas entre os participantes, a “pseudo-garantia” de identidade oferecida pelo título profissional (fisioterapeuta) se fragiliza e o indivíduo sente-se inseguro no que refere ao seu papel e à sua identidade profissional.

Por outro lado, na medida em que cada profissional reconhece a limitação de sua atuação em função da complexidade do humano com o qual está lidando e, diga-se de passagem, do qual também faz parte, defronta-se com um sentimento de angústia referente à sua identificação com este humano; ao abandono da fantasia de onipotência e à percepção da necessidade de um outro (outros saberes) com o qual necessita se relacionar para construir caminhos possíveis.

Ou seja, em termos individuais para realizar algum grau de integração disciplinar precisamos contar com indivíduos que tenham certo grau de maturidade que lhes permita

buscar um lugar de pertencimento que não seja baseado no saber profissional como identidade e sim em uma identidade profissional estruturada em bases amplas de conhecimento, práxis e contribuições da sua própria individualidade. Além deste princípio é preciso contar com uma atitude pessoal de abertura, curiosidade, desejo de descobertas, de troca, de relação, de diálogo. Esta é uma atitude que não pode ser ensinada, embora possa ser despertada, estimulada, facilitada. E aqui entra naturalmente a questão da formação dos profissionais que contemplarei mais adiante ao apontar aquilo que considero os obstáculos institucionais à integração disciplinar.

Antes das questões institucionais gostaria de apontar para alguns entraves que chamei de “grupais”. Sabemos que a junção, em um mesmo espaço, de vários indivíduos não caracteriza por si só a constituição de um grupo. Assim ocorre com as equipes de saúde: a nomeação de vários profissionais para compor uma equipe não a torna uma equipe multi, inter ou transdisciplinar. Diria que não a torna sequer equipe. Há que se considerar a necessidade destes profissionais terem objetivos comuns, partilhados e alinhados, o que não é uma tarefa óbvia, nem simples. Outro aspecto que pode se constituir como empecilho para o funcionamento inter ou transdisciplinar de uma equipe, é o surgimento de questões relativas à dinâmica do grupo, considerando a rede de relações interpessoais, não só de trabalho, mas também de status, poder, competição, afeto e múltiplos significados conscientes e inconscientes que surgem neste fazer conjunto. Os fenômenos dos processos grupais (ansiedades, medos, disputas, conflitos) se expressam no trabalho propriamente dito através de resistências, boicotes, ataques e podem vir a prejudicar em maior ou menor grau a realização dos objetivos propostos.

Com relação aos entraves institucionais o principal deles é o uso do saber como instrumento de poder. Isto se dá na utilização do saber como um diferencial dentro das instituições onde quem não tem um saber formalizado, quantificado, nomeado, reconhecido como tal, ocupa o lugar de submissão, perde a voz. O exemplo mais gritante desta equação “saber = poder” nas instituições de saúde é a relação médico – paciente, onde frequentemente o paciente é convocado à passividade; à aceitação daquilo que lhe é oferecido e determinado uma vez que está destituído do saber sobre si mesmo; saber este de posse da medicina e áreas afins. Ainda na equivalência saber-poder há a hierarquização do saber, onde alguns saberes determinam maior poder do que outros; no caso das instituições de saúde, é o saber médico que aparece como campo dominante e que está à

frente da estrutura organizacional dos serviços de saúde. Independentemente de qual seja o saber predominante, na medida em que é aquele que garante o poder, criam-se organizações institucionais que perpetuam a primazia do saber como forma de perpetuar o poder, de forma que a própria instituição estimula, ainda que indiretamente, a competição entre as disciplinas. Para promover a cooperação, é necessário que exista uma estrutura organizacional que suporte a democratização do saber e a quebra da rigidez na aquisição e transmissão do conhecimento, bem como na própria forma de proceder na assistência, eliminando disputas em termos de primazia e importância de um tipo de intervenção sobre outra.

Aqui se trata de um redimensionamento das políticas públicas de saúde e dos cursos de formação dos profissionais que se propõe a atuar nesta área. Como aponta Batista (2006) um importante desafio se refere à transformação dos cursos médicos, e poderíamos acrescentar os cursos de todas as áreas relacionadas à assistência em saúde, incorporando desde o início da formação dos profissionais a aprendizagem para o trabalho em equipes integradas partindo de uma concepção ampla de saúde, que inclua a subjetividade do indivíduo, suas interações com os outros, seu lugar social, sua relação com o corpo. Ao abandonar a contraposição linear saúde-doença privilegiam-se os processos sócio-históricos, culturais e psicossomáticos e a concepção do papel de cada profissional na atenção à saúde ganha novo colorido, surgindo, desde o início da formação a percepção da necessidade de articulação dos saberes.

Assim, um dos caminhos possíveis para desenvolver um nível cada vez maior de integração disciplinar é o investimento em novos modelos de formação e, principalmente, a ampliação de conceitos intrínsecos à assistência à saúde; partindo do próprio conceito de saúde. A renovação das concepções a respeito do ser humano e de seu funcionamento, a compreensão do desenvolvimento do indivíduo a partir de um ponto de vista amplo que abarque a sua dimensão social, relacional, cultura, psíquica e corporal como dimensões indissolúveis, traz conseqüências fecundas em qualquer tipo de intervenção.

Paralelamente, é necessário estar atento e investir na capacitação dos profissionais para o trabalho em equipes. Para além das teorias e conceitos, é preciso contar com indivíduos sensibilizados e abertos para a recriação do conhecimento adquirido na teoria e na prática individual, a partir de uma elaboração conjunta. Temos como certo que a complexidade do ser humano não pode ser abarcada a partir de uma única visão. Se

olharmos para a equipe de saúde como um todo, igualmente humano, particular e dinâmico podemos perceber que este “organismo” deve ser considerado em sua complexidade, em busca da criação de condições necessárias para seu funcionamento saudável.

Solovyov (1878), citado por Safra (2005) assim formula o sentido de organismo:

Não há fundamento para limitar o conceito de organismo somente aos organismos materiais. (...) nós chamamos organismo qualquer coisa que é composta de uma multiplicidade de elementos que não são irrelevantes para o todo ou uns em relação aos outros, mas são absolutamente necessários para o todo e uns para os outros, pois cada um tem o seu conteúdo determinado e, conseqüentemente, sua significação particular em relação a todos os outros elementos. (p.26)

Esta forma de conceber a idéia de organismo explicita que uma equipe pode ser entendida como um organismo; e esta compreensão nos coloca a tarefa de garantir as melhores condições para que este organismo se desenvolva e atinge a sua maturidade. Então, o que seria maturidade em se tratando de uma equipe de saúde? Penso que se refira à capacidade de uma determinada equipe de se apropriar, enquanto todo, das potencialidades e contribuições de cada indivíduo que a compõe, de forma interativa. Isto significa que cada parte deste todo conta com certo grau de permeabilidade que lhe permite modificar e ser modificado no processo de construção de um saber e um fazer que transcende o limite do individual.

É a equipe de saúde que funciona como um ambiente facilitador em prol da saúde e do desenvolvimento do indivíduo em tratamento; é a instituição ou as instituições, considerando desde as responsáveis pela formação dos profissionais, até as assistenciais, que podem funcionar como este ambiente facilitador para o desenvolvimento e amadurecimento das equipes; como uma rede interligada onde circulam tanto as dificuldades próprias do ser humano, como as possibilidades e condições necessárias para transpor os entraves e alcançar os objetivos propostos.

Bibliografia

Aiub, M. (2006). Interdisciplinaridade: da origem à atualidade. *O Mundo da Saúde*, 30 (1), 107-116.

Almeida Filho, N. (2005). Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. *Saúde e Sociedade*, 14 (3), 30-50.

Batista, S.H.S.(2006) A interdisciplinaridade no ensino médico. *Rev. bras. educ. med.* 30(1), 39-46. [on line]. Acesso em 19 set 2007

Gomes, R. e Deslandes, S.F. (1994). Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto*, 2 (2). [on line]. Acesso em 19 set 2007.

Safra, G.(2005). *A face estética do self: teoria e clínica*. Aparecida, São Paulo: Idéias & Letras. São Paulo: Unimarco Editora.

Santos, R.P. (1995). Transdisciplinaridade. *Cadernos de Educação*, 8, 7-9.