

A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde

The importance of the intercourse knowledge work team in the quality treatment on the health area

R esumo

O presente ensaio resulta de uma aproximação inicial ao conhecimento e reflexões relativos à interdisciplinaridade na área da saúde. O objetivo é discutir, de forma sucinta, os fundamentos, a importância e os obstáculos do trabalho em equipe; as dimensões da interdisciplinaridade e algumas recomendações para o trabalho interdisciplinar. Pretende-se relacionar as situações atuais, presentes no contexto da produção do conhecimento e intervenção com a temática tratada.

Palavras-chave: saúde, interdisciplinaridade, ação em equipe, organização de serviços em saúde.

A bstract

The present essay results from the search of a first approach to the knowledge and reflection related to the intercourse knowledge on the health area. The objective is to discuss shortly the bases, importance and the impediment of the work team the dimensions of the intercourse and some recommendations to the intercourse work. It intends to do a relation of current situations which are on the context of knowledge production and intervention with the handle theme.

Key words: health, intercourse knowledge, work team.

Vera Maria Ribeiro Nogueira

Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Introdução

Um possível caminho, entre outros, que poderá trazer contribuição à reflexão que se pretende é o de identificar os *paradigmas e estratégias atuais de atenção na área da saúde*. Dessa identificação emergem novos rumos nas formas de organização do trabalho, que indicam a tendência às relações interdisciplinares, tanto no universo epistemológico como interventivo. É necessário, ainda, discutir o tema resgatando suas determinações, decorrentes dos saberes e das práticas profissionais como processos sociais e institucionais, construídos e reconstruídos no fazer diário.

Ao se abordar a importância da Equipe Interdisciplinar no tratamento de qualidade na saúde, encontram-se implícitas nesta prática algumas categorias que devem ser explicitadas para maior clareza e compreensão da exposição.

Primeiramente, reconhecer que o espaço da instituição onde se desenvolve a ação é fundamental para direcionar a prática profissional, privilegiando a pesquisa ou a assistência à saúde. Essas finalidades, isto é a produção de conhecimento ou a intervenção, direcionam a reflexão, devendo a interdisciplinaridade ser analisada nas duas vertentes.

Em segundo lugar, o tratamento de qualidade indica uma concepção ético-política que traduz a noção de sujeito ao enfermo ou aos segmentos que demandam serviços e ações de saúde. Sujeito este que tem direitos a serem resguardados, sendo o primeiro, o direito a um tratamento de qualidade, traduzidos em aspectos que vão desde o direito à informação sobre seu estado de saúde, ao cuidado, com dignidade, em questões de vida diária. Esta concepção como que amplia a equipe, integrando os profissionais que detêm um saber científico com os

demais agentes, com práticas e papéis específicos e que, também, estão em relação direta com o usuário e seus familiares.

Ao se refletir sobre a importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na saúde, algumas ponderações iniciais se impõem:

- a) o tema interdisciplinaridade vem integrando a agenda de discussões acadêmicas e institucionais, praticamente, desde a década de 60, com divergências e congruências em termos teóricos e operacionais, ampliando sua densidade conforme se constata sua importância e demanda contemporânea;
- b) alguns campos do conhecimento e de práticas profissionais têm se destacado no debate e contribuído, assim, para sua ampliação. Constata-se que tal vem ocorrendo especialmente na área da educação, saúde e meio ambiente, o que pode ser atribuído às exigências do objeto de pesquisa e de intervenção que estruturam tais áreas;
- c) o novo enfoque na atenção à saúde, inclusive como política nacional, expresso nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, de assistência integral, o que supõe a ação interdisciplinar;
- d) a tendência, do tempo presente, no que se refere a um novo paradigma axiológico em relação ao homem, compreendendo-o sob uma perspectiva ontológica e não mais reducionista e fragmentada, o que traz, como consequência, novas maneiras de abordar questões relativas ao mesmo, tanto em termos de conhecimento como de ação e
- e) o risco de uma supervalorização da interdisciplinaridade devido a incompreensões conceituais e à adoção forma-

lística da sua prática, como um modismo ou uma panacéia que trará soluções mágicas às questões abordadas.

Discutir a importância da equipe, e especialmente de uma equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade em área complexa como a saúde, significa, então, compreender como as questões antes citadas condicionam e são condicionadas pela *praxis* cotidiana, tendo-se como pressuposto inicial que o espírito interdisciplinar, mais do que ser pensado e teorizado, deve ser vivenciado. (JAPIASSU, 1992, p. 89).

Os fundamentos do trabalho em equipe

Dois condições decorrentes do processo civilizatório determinam a articulação entre ciências e disciplinas profissionais, na busca de um atendimento mais efetivo e eficaz às demandas da sociedade, especialmente na esfera da prestação de serviços¹ – o avanço das ciências e a expansão histórica das necessidades sociais. Esta eficácia e efetividade, segundo Rizotti (1992, p. 10), “pode ser considerada tanto no plano concreto e real do atendimento às exigências de uma dada sociedade, como no plano simbólico, significando a sua contribuição para o equilíbrio da própria estrutura social.”

O trabalho em equipe
situa-se como uma das
formas de dar
maior rentabilidade
às atividades humanas,
superando as ações

fragmentadas e
buscando uma visão
de globalidade,
atributo dos
fenômenos
e fatos sociais.

Quando realizado por profissionais com saberes e práticas específicas, legitimadas institucionalmente, apresenta algumas características que devem ser recuperadas quando se tenta identificar os elementos que determinam o sucesso do trabalho conjunto.

Meirelles (1998, p. 15) considera "a equipe como um grupo de pessoas, que desenvolve um trabalho de forma integrada e com objetivo comum, com interdependência, lealdade, cooperação e coesão entre os membros do grupo, a fim de atingirem maior eficácia nas suas atividades. Esta equipe é construída e vivida pelos seus membros, que trabalham de forma dinâmica suas emoções, sentimentos e expectativas até atingirem equilíbrio e participação verdadeira de todos os membros do grupo nas ações."

Na área da saúde, no Brasil, o trabalho em equipe inicia-se em 1924, no Instituto de Higiene e Saúde de São Paulo. Já se partia, então, da conjectura que a posse de conhecimentos e diagnósticos comuns viabilizaria uma ação que superaria a atividade individual e daria conta da complexidade do setor. A partir da década de 80, a ampliação da equipe, com a inclusão crescente de novos profissionais, decorre de uma concepção ampliada de saúde, determinada por aspectos sociais que interferem no processo saúde-doença, ultrapassando

uma visão unicamente biológica, médico-sanitária e higienista. Esta concepção e forma de organização do trabalho no setor tem estatuto legal, resguardado pela última Constituição Federal, pela Lei 8080 e Resolução 218 do Ministério da Saúde².

Esse pressuposto persistiu no ideário dos profissionais que atuam na área e, hoje, verifica-se um avanço na compreensão dos elementos que otimizam a ação das equipes de saúde. Produzir bens e serviços exige, devido à ampliação e sofisticação das demandas atuais, tanto a divisão social e técnica do trabalho como a sua posterior unificação através de um objetivo comum.

Outro aspecto indicado por Rizotti (1992, p. 12) que envolve o trabalho em equipe, é o fato de ser realizado em um espaço institucional, onde há submissão a uma norma e idealização sobre o trabalho. Ocorre com relativa frequência, em razão das hierarquias institucionais, um choque entre o arcabouço institucional e a autonomia relativa dos integrantes da equipe devido à necessidade de horizontalização dos seus saberes e das suas práticas. Compatibilizar essas duas ordens de requisições torna-se ainda mais delicado e difícil devido à predominância histórica do saber médico, que tem encaminhado tradicionalmente o processo de cura. Os aportes de outras disciplinas, que simbolicamente e de fato rompem com a hegemonia do saber médico, são difíceis de serem incorporados e administrados no interior da equipe.

Duas dimensões da interdisciplinaridade

A interdisciplinaridade apresenta, hoje, duas dimensões bem demarcadas, embora interligadas e interdependentes, com determinações e procedimentos diferenciados: a di-

mensão relativa à construção do conhecimento e a que se refere à ação interventiva, em outras palavras, uma que diz respeito ao universo epistemológico e outra à práxis interventiva. Tal exige, para uma análise e proposições operativas, categorias analíticas distintas, construídas a partir de recortes da realidade, que são os objetos de pesquisa e intervenção.

Dimensão do conhecimento – no que se refere à produção de conhecimento há um relativo consenso entre os pesquisadores da limitação das abordagens disciplinares para apreender alguns objetos de pesquisa e à relevância de perspectivas interdisciplinares para maior compreensão dos mesmos. Nestes casos a imposição da interdisciplinaridade decorre da natureza do objeto pesquisado. Cumpre observar que não se invalida ou se nega a importância da abordagem disciplinar, pelo contrário, a verticalização das ciências deve ser acompanhada de sua complementação horizontal, buscando-se os nexos interdisciplinares necessários para uma aproximação do que se investiga.

Existe, atualmente, uma hegemonia no pensamento científico que as ciências não conseguem esgotar o real, devido à sua densidade e complexidade, sendo, ainda, o conhecimento científico reconhecido como aproximado, temporário, datado e atravessado por valores e concepções de mundo. Nas ciências, que têm como objeto de estudo o homem, essa particularidade é mais evidente, o que, entretanto, não deve impedir seu estudo, mas sim, reconhecer a redutibilidade da abordagem disciplinar para a compreensão da totalidade e a exigência de aportes de disciplinas diferenciadas.

Os debates sobre a interdisciplinaridade na pesquisa têm como origem e fundamento a busca do saber unificado para preservar a integridade do pensamento e evitar o aprofundamento de uma concepção

fragmentária do ser humano e do mundo. Parte-se do suposto que a realidade contém em si o todo e a parte, o uno e o múltiplo, os quais são pares dialéticos e não polaridades estanques. Não se busca, no entanto, como poderia parecer, eliminar os limites e as fronteiras entre as ciências, nem tentar estabelecer um conhecimento universal, uma super disciplina que condicione e direcione hegemonicamente a produção do saber científico. A interdisciplinaridade situa-se como um princípio que decorre do fundamento do ato de conhecer – o homem ao conhecer transforma a si e o mundo.

A interdisciplinaridade, como um novo princípio organizador do conhecimento, emerge a partir do esgotamento de um padrão de racionalidade construído sob o paradigma das ciências naturais e que conduziu a um modelo de ciência desvinculado de um conteúdo ético e político. Busca-se, atualmente, recuperar os pontos de integração dos fenômenos na vida social e superar um modelo datado de cientificidade, conforme apontou Boaventura Sousa Santos em um colóquio sobre *Política, Ciência e Direito e os Desafios da Pós-Modernidade*, realizado na Universidade de Brasília, em 1992. Indica ainda, o mesmo autor, que

[...] a ciência pós-moderna é uma ciência assumidamente analógica que procura descobrir categorias de inteligibilidade globais, conceitos quentes que derretem as fronteiras em que a ciência moderna dividiu e encerrou a realidade. [...] No paradigma emergente o conhecimento é indiviso e a sua fragmentação não é disciplinar e sim temática: 'os temas são galerias por onde os conhecimentos progridem ao encontro uns dos outros. Ao

contrário do que sucede no paradigma atual, o conhecimento avança à medida que o seu objeto se amplia. (SANTOS apud SOUSA JÚNIOR e AGUIAR, 1992, p. 448).

Ainda que não se concorde que a interdisciplinaridade situe-se como um estatuto paradigmático para a ampliação do conhecimento, verifica-se que é um princípio que tende a reger a produção científica atual.

Dimensão interventiva ou instrumental – a outra dimensão da interdisciplinaridade, ou melhor dizendo, a sua outra face é a que diz respeito à aplicação do conhecimento à resolução de problemas práticos, à ação interventiva que pretende alterar variáveis empíricas. Tem outra especificidade e é condicionada por uma ordem diversa de fatores, embora não se desvincule, em sua gênese, da primeira dimensão analisada.

A interdisciplinaridade impõe, necessariamente, o *estabelecimento de vínculos de integração no processo de trabalho*, ainda que no plano teórico não haja uma articulação efetiva. Assim, interdisciplinaridade é mais do que a simples comunicação, podendo ser vislumbrada quando a comunicação ou diálogo *sobre e entre saberes e práticas gerar uma integração mútua, constituindo novos saberes e novas práticas que busquem a resolução de um problema concreto.*

Esse recorte da interdisciplinaridade pode ser melhor analisado utilizando-se categorias analíticas da sociologia das profissões e da análise institucional.³ Tal encaminhamento permitiria ampliar um pouco mais o debate atual, inclusive apontando para a avaliação das práticas profissionais concretas e indicação estratégica para implementação mais efetiva de ações profissionais que se pretendem interdisciplinares.

Vasconcelos (1996, p. 139) ao tratar da importância do tema na saúde

mental apresenta alguns conceitos e níveis da ação interdisciplinar extraídos originariamente de Japiassu (1976) e adaptados para exemplificar as questões na área estudada:

- a) a multidisciplinaridade pode ser encontrada quando profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, com grau mínimo de cooperação e troca de informações, coordenados administrativamente no plano institucional. É usual em práticas ambulatoriais convencionais, sendo que a única inter-relação é um sistema de referência e contra-referência;
- b) a pluridisciplinaridade tem como exemplo as reuniões clínicas, onde os casos clínicos são discutidos e se trocam informações entre os profissionais que cuidam dos mesmos, podendo inclusive haver um planejamento ou uma avaliação de ações e procedimentos terapêuticos, não havendo uma teleologia própria que presida os trabalhos. A partir da discussão, cada profissional encaminha suas ações de forma independente, sem fugir de seus limites e objetivos profissionais restritos e pré-estabelecidos;
- c) a interdisciplinaridade auxiliar ocorre quando são integradas informações de disciplinas afins e sempre subordinadas a uma disciplina hegemônica, que coordena e direciona as demais. Vasconcelos chama a atenção para o uso da expressão *paramédica* para ilustrar esse tipo de colaboração na saúde. Configura-se como a “utilização de uma ou mais disciplinas para o domínio de uma disciplina específica já existente, que se posiciona como campo receptor e coordenador das demais.” (VASCONCELOS, 1996, p. 140);

- d) a interdisciplinaridade ocorre quando há, entre os integrantes da equipe, reciprocidade, relações profissionais e de poder, tendentes à horizontalidade e com perspectivas de estratégias comuns para a ação. “Sistema de dois níveis e de objetivos múltiplos: coordenação procedendo do nível superior, tendência à horizontalização das relações de poder.” (VASCONCELOS, 1996, p. 140) e
- e) a transdisciplinaridade que implica a criação de um campo teórico, operacional ou disciplinar novo e mais amplo, com a diluição das fronteiras disciplinares e a emergência de um novo tipo de modalidade profissional. Na saúde mental, área estudada por Vasconcelos, pode ser considerado como um paradigma da transdisciplinaridade o trabalhador da saúde mental. Situa também a ecologia como um campo transdisciplinar, com “[...] níveis e objetivos múltiplos, coordenação com vistas a uma finalidade comum dos sistemas, tendência à horizontalização das relações de poder.” (VASCONCELOS, 1996, p. 141).

Em ambas as dimensões, “falar em interdisciplinaridade supõe conceber-se, subjacente a essa temática, a *intersubjetividade*⁴, o que remete à necessidade de relação entre sujeitos, isso porque as diferentes disciplinas/profissões se expressam no real, na prática, como singularidades, através de sujeitos.” (MUNHOZ, D.E.N., 1996, p. 167). O exercício da singularidade é que possibilita que profissões e disciplinas superem uma simples composição agregada de conhecimentos e ação para uma troca efetiva, uma nova construção onde valores, conceitos, métodos e estratégias sejam comunicados, reconstruídos, implicando em reciprocidade, respeito e alteridade reconheci-

da entre os distintos profissionais. Como dito anteriormente, a interdisciplinaridade exige o respeito a visões de mundo e percepções muitas vezes diferenciadas entre os integrantes do processo em curso, com possibilidades de estabelecimento de consensos mínimos, sem os quais o debate se torna uma discussão estéril e pouco frutífero intelectualmente. Quando ocorre em uma prática interventiva, há uma rigidez de comando e uma hierarquização burocratizada de funções que não concorrem para a finalidade prevista. Repete-se uma ordem existente em instituições autoritárias e totalitárias, onde uns mandam e os outros obedecem, tornando os integrantes da equipe sujeitos e não sujeitos de uma ação coletiva. É a reconfiguração do tensionamento entre os *limites do disciplinar*, que garante o espaço de controle da especialidade, do campo de saber, do domínio de ações específicas, e o *interdisciplinar*, que tende a diluir estes limites. Reitera-se que, sem o disciplinar, não existe o interdisciplinar, sendo o primeiro condição prévia e necessária para tanto e pode-se afirmar ainda, segundo Follari (1995), que quanto mais desenvolvidas as disciplinas mais frutífera será a interdisciplinaridade.

Enquanto o multidisciplinar ou o pluridisciplinar se constituem em agrupamentos de disciplinas, intencionais ou não, a interdisciplinaridade é caracterizada pela intensidade das trocas e de integração real entre as disciplinas ou profissões, conforme indica Japiassu (1976, p. 75). Continuando, ele aponta que se reconhece o intercâmbio e as trocas quando há a incorporação de resultados de uma disciplina por outra(s), “no empréstimo mútuo de certos instrumentos e técnicas metodológicas.” (1976, p. 76). Vale lembrar a afirmação de Boaventura Sousa Santos, quando destaca que a “interdisciplinaridade não implica recusar ou negligenciar as diferenças [...] entre os objetos das ciências [...] eles podem ser dis-

tintos, mas o que os une é mais importante, no plano epistemológico, do que os separa.” (SOUSA SANTOS, 1990, p. 67).

A importância do trabalho em equipe interdisciplinar

Estabelecendo um paralelo a partir das considerações de Vasconcelos (1996), no campo da saúde mental, a discussão da importância da ação interdisciplinar na atenção de qualidade na área da saúde não visa o retorno a uma idéia totalizadora do saber, sob a hegemonia de uma única disciplina, mas sim o de reintroduzir, no debate e nos encaminhamentos operativos, as situações atuais e de risco. São estas situações atuais e de risco que, analisadas e pesquisadas intensivamente pelos profissionais envolvidos com a saúde, possibilitaram a instituição de novos modelos ou paradigmas de atenção ao enfermo que demanda o sistema ambulatorial, hospitalar ou a esfera preventiva. Por exemplo, a intensificação do cuidado domiciliar, o estabelecimento de redes de apoio ao paciente e familiares, novas terapias – alternativas que, forçosamente, determinarão alteração no processo de trabalho coletivo e interdisciplinar.

Após a sucinta abordagem de aspectos que interferem na ação interdisciplinar, pode-se fazer algumas indicações sobre a sua importância:

- a) as exigências da espécie humana, ameaçada pela depredação do meio-ambiente, ameaçando a sua sobrevivência, supõem a ação interdisciplinar para reduzir ou resolver tal ameaça;
- b) o pensamento complexo, fundante da racionalidade contemporânea, conforme sintetiza Edgard Morin, impõe, de *per se*, o trato interdisciplinar nos aspectos epistemológicos, políticos, metodológicos e no

trânsito do conhecimento para a intervenção;

- c) os avanços do conhecimento científico e as inovações tecnológicas apresentam, constantemente, novas exigências em termos teóricos e metodológicos que se traduzem na incorporação de disciplinas distintas para elucidação de questões tradicionalmente unidisciplinares, em algumas ocasiões, inclusive, criando novos campos disciplinares;
- d) o processo civilizatório que concorre para novas requisições em diversos planos – culturais, econômicos, sociais e ambientais – que as disciplinas, isoladamente, não dão conta de encaminhar satisfatoriamente;
- e) o reconhecimento de que os problemas de saúde não são puramente biológicos mas também condicionados pela estrutura social, econômica, política e cultural. Portanto suas soluções transitam pelas áreas mencionadas e nos planos objetivos e subjetivos, simbólicos e concretos. A ação interdisciplinar permite uma visão mais global e integrada da realidade, do todo social que incide sobre o processo saúde-doença, favorecendo o entendimento de relações pessoais, sociais, subjetivas e emocionais, que permeiam o cotidiano do paciente e de seus familiares e
- f) a ação interdisciplinar vem como uma resposta à diversidade e especialização características da modernidade tanto em relação aos conhecimentos como ao mundo profissional. Surge não contra a cegueira do especialista, como se usa dizer, mas como possibilidade de integrar um conhecimento específico aos demais, enriquecendo a compreensão do objeto

estudado e ampliando a eficácia interventiva.

Segundo Meirelles (1998, p. 1), “a organização dos serviços de saúde em linhas disciplinares e a proliferação de especialidades têm resultado na fragmentação do cuidado, com o equívoco nos diagnósticos e terapêuticas, distribuição de pessoal, recursos e informações insuficientes. A superação de tais falhas requer uma abordagem interdisciplinar e cuidados integrais.” Transpondo essas observações para enfermos terminais, das mais diversas idades, com as mais distintas necessidades nos planos objetivos e subjetivos, simbólicos e concretos, com a reverberação em familiares e círculos profissionais e de amizade têm-se visualizada, de forma inequívoca, a importância da equipe interdisciplinar.

Obstáculos para a interdisciplinaridade

Os obstáculos para a ação interdisciplinar, nas profissões disciplinares, estão diretamente vinculados ao fato dos saberes e das práticas estarem fortemente ancorados em instituições e organizações corporativas. Assim, os obstáculos e as tensões sócio-institucionais entre os mesmos, na prática concreta, ocorrem nesse plano. (VASCONCELOS, 1996, p. 139).

A forma como as profissões se institucionalizaram, como vêm resguardando seu saber e suas práticas, como vêm obtendo sua legitimação e reconhecimento social e conseqüentemente obtendo a afirmação de sua competência técnica, “produzindo verdades e rituais de poder” (VASCONCELOS, 1996, p.145) tem influência direta no comportamento de abertura de seus profissionais para os trabalhos interdisciplinares. Assim, profissões com estatutos rígidos, com forte reconhecimento social e *status* privilegiados historicamente têm maior di-

ficuldade de adequação ao trabalho com fronteiras fluídas.

O reconhecimento formal da competência para exercer um tipo de prática e saber, isto é, o saber competente para intervir socialmente, é fruto de longa maturação. Quando há a chancela do Estado ratificando esta competência via regulamentação profissional, qualquer situação que, aparentemente, possa limitar ou reduzir essa regulamentação é vista como ameaçadora e imediatamente afastada.

Os sindicatos,
os conselhos
profissionais e as
associações também
exercem grande
influência na forma
de organização do
trabalho de seus
filiados, estabelecendo
padrões éticos,
controlando a formação
e o exercício
profissional, limitando
o acesso ao mercado
de trabalho e
conseqüentemente
interferindo, de forma
explícita, na forma de
organização
do trabalho.

Os valores, símbolos e a identidade específica, que particularizam a profissão entre as demais, também influenciam na ação interdisciplinar. As categorias com *status* econômico e social fortemente diferenciado, são historicamente reconhecidas pela competência estabelecida e têm maior dificuldade em um trabalho coletivo.

A situação atual do mercado de trabalho, com a ampliação do desemprego estrutural, tanto em países centrais como periféricos, é outro fator que incide sobre a ação em equipe. O receio da perda de emprego ou de funções profissionais, que tendem a ser diluídas entre categorias afins, provoca cisões que abalam as possibilidades de um processo de trabalho coletivo. Concorre para tanto, a desregulamentação profissional, a restrição e mesmo a perda de direitos fortemente estabelecidos, praticada pelo governo federal.

Pelas razões indicadas, “[...] a proposta de interdisciplinaridade convive na prática com uma ‘sombra’ espessa de um conjunto de estratégias de saber/poder, de competição intra e intercorporativa e de processos institucionais e socioculturais muito fortes, que impõem barreiras profundas à troca de saberes e a práticas profissionais colaborativas e flexíveis.” (VASCONCELOS, 1996, p. 146).

Recomendações para o trabalho interdisciplinar

Embora se reconheça que o processo de implementação das equipes interdisciplinares é bastante específico, subordinado aos objetos de intervenção ou pesquisa, às intencionalidades políticas e às necessidades socioinstitucionais, os estudos já realizados apontam algumas recomendações e indicações, que podem contribuir para o sucesso da ação com menor desgaste profissional:

a) o reconhecimento da necessidade de ação em equipe, mais do que qualquer norma burocrática ou administrativa é o primeiro passo para a reorganização efetiva do trabalho entre os pares. Além desse reconhecimento, importa rever as legislações específicas das profissões e da política de saúde que normatiza a atenção ao enfermo ou usuário dos serviços;

b) a consolidação da equipe passa pela articulação do trabalho coletivo, tanto no que se refere a objetivos comuns como na reflexão de como estes se constituem. Observa-se que há uma permanente tensão entre a autonomia profissional e os objetivos comuns. Esta tensão deve ou pode ser contornada quando os objetivos são estabelecidos coletivamente, pactuados entre os integrantes.

O trabalho pode ser articulado e integrado quando pautado na autonomia de profissionais que elaboram objetivos tornando-os comuns a todos, constituindo-se assim uma equipe ou um grupo de trabalho devidamente organizado e coeso, considerando seus ideais profissionais. (RIZOTTI, 1992, p. 59);

c) outro tensionamento, que deve ser cuidado é o relativo à adoção, pela equipe, de objetivos institucionais, prévia e hierarquicamente definidos, por instâncias, quando o grupo profissional torna-se o executor de tarefas e atividades indicadas – a clássica dicotomia entre o *pensar e o fazer*. Neste caso o princípio básico da concepção do trabalho intelectual – a capacidade de pensar e executar o processo de trabalho – é desobedecido, fragilizando-se

a relativa autonomia do intelectual, ainda que com possíveis ganhos na integração de ações;

d) outra tarefa é a criação de uma vontade política, que pode se iniciar com a discussão de um paradigma de atenção ao paciente oncológico, sustentado por um projeto “teórico, político e assistencial” (VASCONCELOS, 1996, p.151) que possa ser posteriormente avaliado. Sugere ainda Vasconcelos que a elaboração do projeto deve “constituir um processo o mais coletivo possível, incluindo as contribuições dos diferentes tipos de profissional, possibilitando a “transcodificação dos conceitos de cada disciplina e cultura profissional e forjando um vocabulário básico comum a partir da praxis coletiva do grupo”. A avaliação servirá para evidenciar conquistas da ação coletiva e inibir veleidades e discrepâncias profissionais desmedidas. Um projeto com objetivos partilhados, estratégias, metodologias e abordagens para a prática cotidiana se constitui em aliado poderoso para garantir o cumprimento de responsabilidades;

e) o estabelecimento permanente de canais de comunicação entre o grupo de profissionais que trocam saberes e práticas cria, paulatinamente, o espírito de equipe, superando ou administrando divergências axiológicas, teóricas, metodológicas e estratégicas. O processo de constituir e manter uma equipe “deveria necessariamente incluir condições de diálogo, de expressão e determinações de trabalhar questões antagônicas e conflituosas.” (RIZOTTI, 1992, p. 56). Estes canais de comunicação devem ser sistemáticos,

orientados para a finalidade específica, sem o que corre-se o risco da equipe se deixar levar pela morosidade institucional, que é sempre avessa às inovações;

- f) a garantia da ação reflexiva sobre o processo de trabalho a executar e executado, pois a individualização dos sujeitos, que prestam e que recebem os serviços deve ser uma constante, sendo este o princípio básico dos serviços – a individualização da norma e a normatização das rotinas e indivíduos;
- g) deve ser considerado que as pessoas são diferentes, têm visões de mundo, expectativas e projetos distintos e a coesão intragrupal nem sempre é imediata, na maior parte das vezes é imprescindível um período de adaptação interna, seguido da necessária auto-organização grupal para aceitação dos objetivos e definições quanto ao processo de trabalho e cumprimento das tarefas. Durante esta fase, tensões e conflitos devem ser trabalhados no sentido de serem identificados, refletidos e superados, quando e na medida do possível;
- h) cada integrante da equipe deve ter claro seu papel, seu campo de intervenção, suas possibilidades e limites, assim como o dos demais profissionais. Não ocorrendo tal, o mais provável é uma diluição de responsabilidades e em lugar da diminuição das fronteiras de ação entre as profissões, haverá a irresponsabilidade e a recusa em assumir deveres em relação aos demais colegas;
- i) a preocupação com a qualidade do vínculo interpessoal, que desempenha um papel essencial no fortalecimento do

pertencimento e da cultura comum, o que favorece a organicidade e a congruência de idéias e práticas. O *espírito de equipe* é construído em um espaço de livre manifestação de opiniões, solidariedade, ética e respeito;

- j) o tamanho da equipe é determinado pelo tipo de objeto e intencionalidade que se deseja abordar, sendo que, no caso específico, deve-se incluir todas as categorias que têm relação direta ou indireta com o enfermo ou pessoas que procuram os serviços de saúde. As equipes muito numerosas tendem à dispersão, formação de subgrupos, redução de produtividade, fragmentação de objetivos e ao isolamento paulatino e gradual de alguns integrantes;
- k) a alteração do processo de trabalho, de individual e solitário, para a ação em equipe interdisciplinar traz, usualmente, tensões e receios que decorrem da ameaça ao saber e à prática profissional, do desvelamento de possíveis fragilidades técnicas e teóricas, do medo de confrontos emocionais, da insegurança quanto a críticas e convívio interpessoal. Estes sentimentos não são explicitados, mas se expressam em resistências à mudança, que podem ser superados com coordenação adequada e
- l) a importância de uma assessoria externa, um consultor que auxiliaria a equipe a discutir seus bloqueios e dificuldades, a construir realmente a ação solidária e integrada. A literatura sobre a questão aponta, basicamente, quatro tipos de supervisão para a implementação da interdisciplinaridade: que são a clínica, a administrativa ou estratégica e a

institucional e de suporte pessoal. Em não sendo viabilizada, corre-se o risco das emoções mobilizadas pelos profissionais reverterem para o interior da equipe, sem controle e trato adequados.

Concluindo,
a abertura para
o novo, para
o desconhecido,
para a mudança
é um dos requisitos
para o sucesso
do trabalho
interdisciplinar,
o qual supõe
reconhecer
o conhecimento do
outro,
as trocas e reflexões
com inúmeros
pontos de vista
diferenciados,
a complementaridade
e a construção
de projetos
com objetivos
comuns.

Referências bibliográficas

BRASIL. *Constituição Federal*. Disponível na Internet. <http://www.senado.gov.br>. 12/08/1999.

_____. *Lei 8.080*, de 19 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível na Internet: <http://www.saude.gov.br>.

CHANLAT, J.F. *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. São Paulo: Atlas, 1993.

CHAVES, M. M. Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor saúde. Disponível na Internet. www.nc.ufrj/complex.htm.

FAZENDA, I.C.A. *Integração e interdisciplinaridade no Ensino Brasileiro*: efetividade ou ideologia. São Paulo: Loyola, 1993. (Coleção Realidade Educacional, 4).

FOLLARI, R. Algumas considerações práticas sobre interdisciplinaridade. In: JANTSCH, A. e BIANCHETTI, L. *Interdisciplinaridade*: para além da filosofia do sujeito. Petrópolis: Vozes, 1995.

JANTSCH, A. e BIANCHETTI, L. *Interdisciplinaridade*: para além da filosofia do sujeito. Petrópolis: Vozes, 1995.

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

MACHADO, M. H. (Org.). *Profissões de Saúde*: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

MEIRELLES, B. H. S. *Interdisciplinaridade*: uma perspectiva de trabalho nos serviços de atendimento aos portadores do HIV/

AIDS. Florianópolis, UFSC, 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) Curso de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

MUNHOZ, D. E. N. Trabalho interdisciplinar: realidade e utopia. *Serviço Social e Sociedade*, n. 51. São Paulo: Cortez, 1996.

NOGUEIRA, V.M.R. O Serviço Social e os Serviços. In: *Semina*, v. 12. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 1991.

PIRES, D. *Hegemonia médica na saúde e enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1989.

RIZOTTI, M.L. A. *Trabalho em Equipe* – um estudo de caso na área da saúde. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 1991. 156 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social junto ao Programa de Estudos Pós Graduados em Serviço Social).

SANTOS, B. S. apud SOUSA JÚNIOR, J.G. e AGUIAR, R.A.R. Novos paradigmas e o Núcleo de Estudos para a Paz. *Revista Humanidades*, Brasília: UNB-EDUMB, 1992, v. 8, n. 4.

_____. *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Afrontamento, 1988.

_____. *Pela mão de Alice*: um discurso sobre a ciência e o direito na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 1995.

VASCONCELOS, E.M. Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. *Serviço Social e Sociedade*. n. 54. São Paulo: Cortez, 1996.

organizações, via serviços, que têm, como características, a exigência de eficácia e efetividade.

2 O Conselho Nacional de Saúde promulgou, em 1996, a Resolução 218, qualificando as categorias profissionais que devem ser consideradas de saúde.

3 Ver, entre outros autores, Denise Pires, Jean-François Chanlat, Maria Luiza Amaral Rizotti, Maria Helena Machado, Betina H. S. Meirelles.

4 Grifo da autora.

Endereço – Autora

Departamento de Serviço Social
Centro Sócio Econômico – UFSC
E-mail: kataly@cse.ufsc.br

Notas

1 Na contemporaneidade, cada vez mais as necessidades humanas vêm sendo prestadas através das