

Arranjos Institucionais e Gestão da Clínica: Princípios da Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade

Juarez Pereira Furtado ¹

I – Integração versus diferenciação: uma questão da interprofissionalidade²

Há relativo consenso em torno da necessidade de mais integração entre disciplinas, saberes e práticas, sendo que o desafio do desenvolvimento interdisciplinar há muito alcançou o terreno operacional, tornando-se tema recorrente no discurso dos profissionais e suas equipes. Não é incomum ouvirmos relatos dos trabalhadores sobre a irracionalidade advinda justamente do excesso de racionalização e compartimentalização das práticas profissionais em saúde. Por essa razão e considerando-se que o presente estudo realiza-se no âmbito da saúde coletiva, caberia indagar sobre que conseqüências poderíamos extrair da discussão sobre integração disciplinar no que tange à organização e qualificação dos serviços de saúde e suas práticas.

Em primeiro lugar, faz-se necessário distinguir os planos disciplinares e profissionais. No presente texto, utilizaremos o sufixo “disciplinar” quando nos referirmos ao desenvolvimento do conhecimento em sua vertente epistemológica e “profissional” quando nos referirmos às práticas concretas, conforme proposto por D’Amour (1997). Assim, *pluri* e interdisciplinaridade são termos relativos a conceitos e teorias voltados para a compreensão de fenômenos, enquanto *pluri* e interprofissionalidade dizem respeito a práticas voltadas para a solução de problemas empíricos específicos. Ainda que na prática seja difícil encontrar tipos “puros” (afinal prática-teoria-prática interagem e se realimentam), essa definição tem valor por distinguir princípios gerais (p.ex. “interdisciplinaridade”) de seus desdobramentos na prática cotidiana dos trabalhadores (p. ex. “interprofissionalidade”). Em poucas palavras: o sufixo “disciplinar” será sempre relativo ao campo dos saberes e “profissional” ao das equipes e seus serviços.

Aliás, poderíamos afirmar que a discussão sobre integração de práticas e saberes tem início de fato a partir do momento em que se incorpora (ou se tenta incorporar) tais princípios nas práticas das equipes, donde emergirão questões cuja complexidade e teor

¹ Docente Unifesp – Campus Baixada Santista (juarezpfurtado@hotmail.com)

² Parte dessa discussão foi originalmente realizada em FURTADO, J. P. . Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, v. 11, p. 1807-5762, 2007.

fomentarão sobremaneira as discussões sobre o tema. A partir das tentativas de avanço no plano da relação tradicional entre membros de equipes, poderemos identificar as razões pelas quais - a despeito da concordância com os princípios genéricos pró-intercâmbio - a organização dos serviços mantém-se, via de regra, assentada no paradigma uni ou pluridisciplinar.

Alguns estudos têm demonstrado que dentre as diferentes categorias predomina a tendência em satisfazer aspirações profissionais e manter sua autonomia, em detrimento da colaboração profissional (D'Amour, 1997). Tal postura espelha a própria constituição das profissões, que possuem em comum os interesses pragmáticos de garantia de mercado de trabalho. Conforme nos lembram estudos realizados pela sociologia das profissões, o profissionalismo constitui-se na história como estratégia de retenção do conhecimento, buscando torná-lo o mais específico e misterioso possível, permanecendo acessível a poucos e assim garantindo reserva de mercado (Machado, 1995).

Por isso, colaboração profissional e profissionalismo constituirão dois lados em constante oposição, ainda que a existência de um dependa da existência do outro. Por um lado, temos a colaboração profissional, que requer ou promove relações e interações nas quais os profissionais poderão colocar à disposição e partilhar seus conhecimentos, especialização, experiência e habilidades entre si, com vistas a proporcionar melhor atenção ao paciente. Essa lógica de colaboração baseia-se em valores humanistas, buscando recolocar profissionais em torno da pessoa e não ao redor de territórios de especialização. A proposta de trabalho em colaboração interprofissional surge como resposta a diversos impasses - dentre eles a complexidade dos problemas clínicos - à necessidade de reagrupamento de conhecimentos espalhados, como forma de diminuir a alienação do trabalhador e para evitar a duplicação de cuidados.

Por outro lado, temos o profissionalismo ou lógica profissional, marcado pela delimitação estrita de territórios de cada grupo profissional. Através da assimilação de saberes específicos em suas respectivas faculdades e mais tarde por meio da vinculação a associações, conselhos de classe e código de ética, um indivíduo passará a compor um grupo exclusivo de profissionais, podendo aplicar conhecimentos abstratos, aprendidos por meio de sua formação, a casos sempre particulares com os quais irá se defrontar em sua lida cotidiana (Machado, 1995). A partir daí, esse mesmo indivíduo passará a ter uma

identidade profissional – extremamente valorizada em nossa sociedade –, facultando a quem obtém o diploma responder prontamente a perguntas como “o que você é?” ou “o que você faz?”, que denotam a importância social dada às profissões e ocupações.

O que vimos afirmando demonstra que abordar o tema da colaboração implica considerar duas forças antagônicas. Um pólo representado pelas corporações profissionais, pela **lógica profissional**, que tenta continuamente garantir um mercado definido e inviolável e expandir territórios, aumentar sua autonomia e elevar seu grau de dominação e controle sobre outras categorias. O outro pólo é representado pela **lógica da colaboração** profissional, apontando para a necessidade de colocar em comum e partilhar conhecimentos, especialidades, experiências, habilidades e até a intersubjetividade.

Ou seja, transpor a discussão da interdisciplinaridade para o campo das práticas em saúde é enfrentar o antagonismo entre o modelo da lógica profissional e o modelo de colaboração interprofissional ou, mais resumidamente, entre a diferenciação (que buscamos ativamente pela formação profissional) e a integração (requerida pela colaboração interprofissional e condição para qualificação da clínica). Assim, trabalhar em favor da colaboração implica reconhecer que o sujeito busca conquistar um status diferenciado por meio da formação profissional. Por isso, o desafio de promover a colaboração não deve ser levado à frente negando uma especificidade duramente alcançada, mas tentando estabelecer pontes entre posições inicialmente antagônicas.

Conforme discutido por Almeida Filho (1997), no limite, a interdisciplinaridade ou a colaboração profissional não se efetiva através de princípios ou de intenções genéricas desenvolvidas em textos de pesquisadores bem intencionados. A troca efetiva e colaboração entre disciplinas e profissões serão possíveis somente pela ação de agentes concretos que, por meio de sua *mentecorpo* irão ou não consubstanciar práticas mais ou menos integradas. Como ilustrado pelo autor, é somente através da concretude dos aparelhos cognitivos de indivíduos que transitem em diferentes áreas que ocorrerão os diferentes graus de interação e colaboração entre disciplinas e profissões (Almeida Filho, 1997).

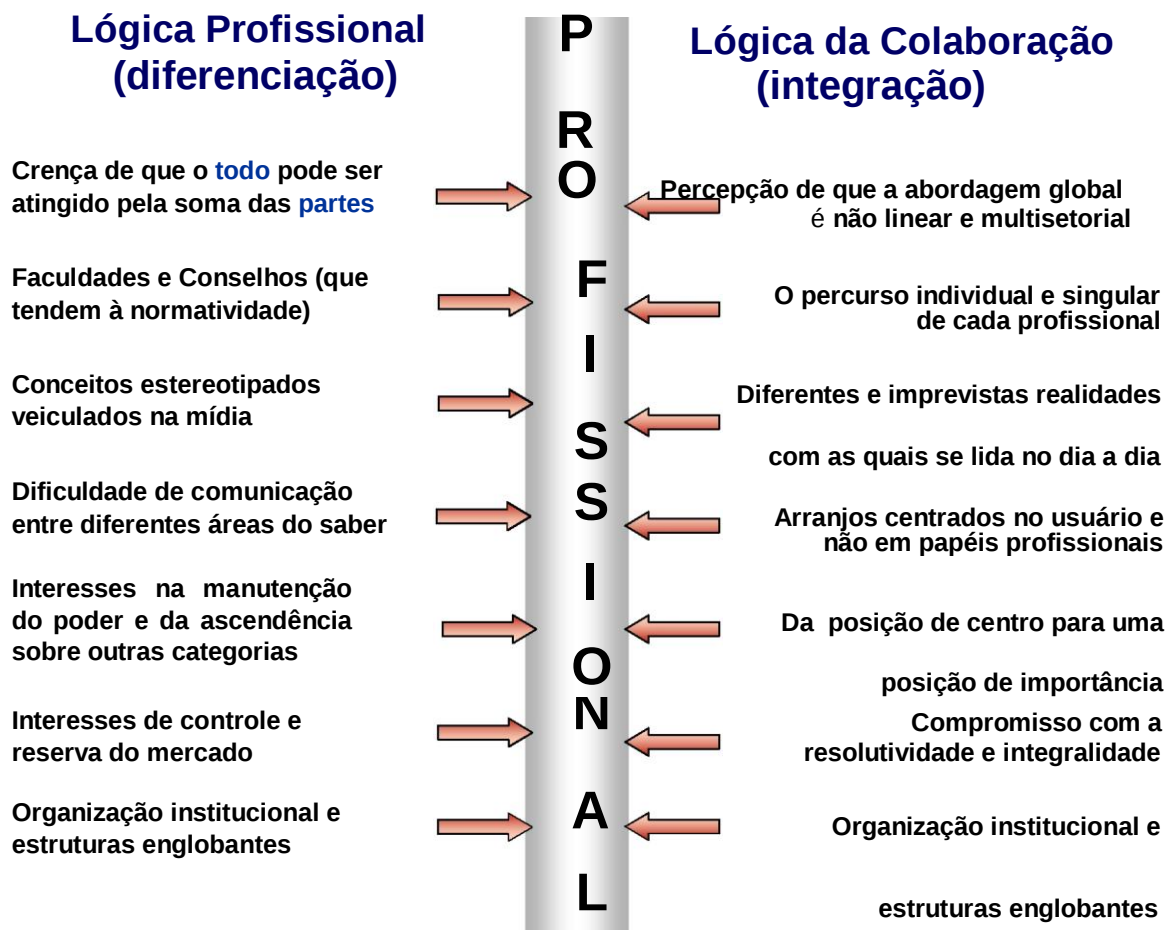
Sobre esse agente concreto incidirão forças diferentes e simultâneas, tendentes mais a um ou outro dos dois pólos que vimos discutindo. Assim, sobre um dado profissional agirão vetores que tendem a conformar suas ações para uma prática mais ou menos interligada, para um perfil de mais diferenciação ou de integração. Esses vetores são

simultâneos e sua predominância pode variar ao longo do tempo, ao longo de uma situação vivida pelo profissional e sofrer influências da organização institucional e outras estruturas maiores e englobantes. No quadro 1 apresentamos uma síntese da multideterminação envolvida nas lógicas da colaboração e da profissionalização.

Devemos observar que à medida que aumenta o grau de colaboração profissional decresce a autonomia individual, uma vez que a condução de planos terapêuticos passa a ser negociada entre os seus integrantes, o que pode ser particularmente difícil para alguns sujeitos. Por outro lado, esse aumento de colaboração profissional expande a troca na tomada de decisões clínicas e a integralidade dos cuidados, permitindo o aumento de autonomia da equipe como um todo frente aos problemas por ela enfrentados.

Não devemos nos esquecer de que colaboração interprofissional é essencialmente co-laboração, ou seja, é trabalho com e entre muitos, portanto ação em equipe – o que não é algo simples. Para o funcionamento efetivo em equipe, baseado em profunda colaboração interprofissional, a deliberada vontade e orientação de seus integrantes é necessária, mas não suficiente. É fundamental a instauração de ambiente democrático e de estruturas e mecanismos institucionais que garantam o surgimento, desenvolvimento e manutenção de espaços intra-equipes que permitam o florescimento de práticas fundadas na cooperação entre saberes e ações. Vejamos, dois importantes conceitos que podem auxiliar na transposição do que vimos discutindo para a prática.

Quadro 1 - Elementos determinantes das lógicas da profissionalização e da colaboração interprofissional*



* (adaptado de D'Amour, 1997, p.22).

II – Equipes de referência: um modelo tecnoassistencial favorecendo a colaboração interprofissional

As peculiaridades do setor saúde o tornam especialmente interessante no estudo das formas de colaboração profissional, uma vez que apresenta grande especialização em categorias e procedimentos e ao mesmo tempo vem sendo pressionado para diminuir a fragmentação de suas abordagens aos pacientes, seja por razões de eficácia ou mesmo de equacionamento de custos. Trata-se ainda de um setor no qual prevalecem profissionais liberais de várias formações que obedecem (e frequentemente privilegiam) orientações exteriores à organização, como aquelas provenientes dos conselhos de classe. Além disso,

os membros das equipes de saúde atuam sobre problemas de extrema complexidade, realizando tarefas interdependentes e sobre as quais possuem controle relativo e cujos desdobramentos são sempre incertos, já que condicionados por vários fatores (D'Amour, 1997). Some-se a isso o fato de que certas ações exigem trocas intersubjetivas (como na saúde mental, por exemplo), além do que alguns dos problemas sobre os quais agem os profissionais da saúde podem eventualmente acometê-los diretamente, gerando várias formas de resistência e/ou identificações (Onocko Campos, 2003).

Por seu lado, o contexto do Sistema Único de Saúde tem como uma de suas diretrizes a integralidade, caracterizada pela oferta de atenção às necessidades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de um dado indivíduo ou comunidade, considerando seu contexto social. A busca do atendimento integral tem como grande desafio a reestruturação dos estabelecimentos e organizações do setor saúde, o que deverá ocorrer tanto por meio da organização e articulação desses serviços entre si quanto na reformulação das práticas dos profissionais de saúde em suas respectivas equipes (Aguilera Campos, 2003). Dentro do foco de nossa presente discussão, podemos afirmar que a reorganização do trabalho interprofissional dentro das equipes dos serviços de saúde do SUS é condição necessária para a conquista da integralidade, na medida em que pode possibilitar a detecção de necessidades e o provimento de cuidados de maneira mais completa e ampliada aos usuários (Pinheiro e Mattos 2006).

O que vimos afirmando nos dois últimos parágrafos traça um cenário de complexidade: a implementação da colaboração profissional em um setor constituído por várias especialidades em contínua superespecialização, regidas por órgãos influentes e externos aos serviços e cujo objeto de trabalho (sofrimento e morte) pode levar os trabalhadores a se protegerem de várias formas, inclusive por detrás de normas, protocolos e outros modos de cristalização de papéis. Por sua vez, o SUS carece de dispositivos que implementem a colaboração profissional de modo a honrar um dos seus princípios basais, a integralidade.

É nesse ponto que se coloca o desafio: como estruturar equipes de saúde de modo a garantir condições para o fluxo de trocas e inter-relações profissionais, de saberes e de gestão compartilhada, como vimos discutindo até aqui, de modo a aumentar o coeficiente de integralidade? Como articular as diferentes iniciativas dos profissionais

tendo o paciente como centro? Aqui encontramos ao mesmo tempo o ponto de tensão e o elo que nos interessa: a interface e os desdobramentos possíveis entre os conceitos de interdisciplinaridade e interprofissionalidade para a qualificação da condução clínica dentro do SUS. A proposta de Campos (1999) relativa à organização do trabalho em saúde estruturada em equipes de referência nos parece especialmente adequada como forma de traduzir, estruturar e possibilitar – numa palavra, viabilizar – no âmbito das equipes, o ideário da interdisciplinaridade. Nessa proposta, o autor (Campos, 1999) consegue articular princípios gerais a modos específicos de funcionamento organizacional, ao mesmo tempo em que cria mecanismos para garantir aumento de poder e graus de co-gestão aos membros dessa mesma equipe.

Para Campos (1999), o arranjo organizacional das equipes de referência³ tem nas noções de vínculo terapêutico, interdisciplinaridade e gestão colegiada seus pilares centrais na busca de superação do modelo médico hegemônico e de fragmentação das ações em saúde. Segundo o autor

“A equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento. Dentro dessa lógica, a equipe de referência é composta por distintos especialistas e profissionais encarregados de intervir sobre um mesmo objeto – problema de saúde –, buscando atingir objetivos comuns e sendo responsáveis pela realização de um conjunto de tarefas, ainda que operando com diversos modos de intervenção. O máximo de poder delegado à equipe interdisciplinar.” (Domitti & Campos, 2005, p.4)

Segundo essa proposta, os serviços seriam organizados com base em equipes compostas por profissionais de diferentes categorias de acordo com as características do problema enfrentado, tendo uma clientela pré-definida. Por exemplo, um centro de reabilitação poderia ter equipes de referência compostas por uma enfermeira, um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional, um médico e um assistente social. Se houver número de profissionais suficiente, poderia ter duas, três ou mais dessas equipes, sendo que cada uma delas teria como características: a) a inclusão de profissionais de categorias distintas; b) definição de clientela adscrita permitindo o acompanhamento longitudinal e formação de vínculo entre trabalhadores e usuários; c) formulação de projetos terapêuticos singulares para os casos mais complexos e/ou de maior vulnerabilidade; d) poder de

³ A definição de “equipe de referência” será detalhada a seguir e não deve ser confundida com “serviços e equipamentos de referência” utilizados para apoio às demais equipes na clínica cotidiana.

decisão no que concerne ao trabalho da equipe (algum grau de co-gestão); e) receber ou realizar apoio profissional especializado quando necessário (apoio matricial).

Esse modelo vem sendo utilizado em vários serviços de diferentes municípios. De nossa parte, com base na experiência de gestão de equipes de saúde, pudemos constatar a potência do modelo de equipes de referência para qualificar a atenção ao usuário e possibilitar verdadeira interação técnica e subjetiva entre os componentes dessas equipes (Miranda & Furtado, 2006; Furtado, 2001). No entanto, tal mudança envolve o enfrentamento de vários obstáculos, como a organização tradicional das instituições tendentes à manutenção do *status quo*, o excesso de demanda e carência de recursos, a disputa de poder entre níveis da instituição e corporações profissionais, dentre outros (Domitti & Campos, 2005).

Deve-se notar que esse modelo realiza um recorte diferente ao agregar distintas categorias profissionais em torno dos casos a serem atendidos, superando a organização dos serviços segundo departamentos (de enfermagem, de psicologia, etc.), que baseiam suas interações em “interconsultas”. Essas equipes de referência constituiriam a menor unidade organizacional e administrativa dos serviços nos quais são implementadas, ou seja, instituições assim organizadas não mais reconheceriam posturas individuais ou estritamente corporativas. Esse arranjo desloca o poder das profissões e corporações de especialistas e reforça o poder de gestão da equipe interdisciplinar (Domitti & Campos, 2005).

Nesse cenário, a construção do projeto terapêutico se dá a partir de várias perspectivas e com base na interação entre o paciente e seus profissionais de referência, nas interlocuções desses últimos entre si e com outros grupos como família, instituições de saúde, setores culturais e socioeducacionais, etc. É função básica desse dispositivo garantir a continuidade do tratamento, evitando-se a perda do paciente nas conhecidas e descontextualizadas teias constituídas pelos “encaminhamentos”. Seu sucesso está fundamentalmente ligado à ampliação da clínica (Campos, 2003), o que significa garantir que os respectivos projetos terapêuticos considerem o seguimento dos pacientes tanto no plano subjetivo como social, familiar, laboral, dentre outros, porém sempre articulados pelos profissionais de referência.

Naturalmente deverá ser garantido espaço sistemático de encontro entre os integrantes dessa equipe, de modo a discutir os casos novos, avaliar os pacientes em

acompanhamento e definir ações que se façam necessárias. A tarefa da equipe de referência constitui-se em trabalho com e entre muitos, por isso o modelo de gestão e outras formas de organização do serviço deverão garantir à equipe a possibilidade de análise de seus inevitáveis conflitos, estabelecendo arranjos e dispositivos institucionais que possibilitem o convívio com a diferença e apesar dela. É necessária a existência de espaços de supervisão clínico-institucional, oficinas de planejamento, discussões grupais e demais iniciativas que permitam emergir e circular a palavra, considerando os conflitos e os afetos inerentes à lida intensiva com pacientes graves (Onocko Campos, 2003). Afinal, a interprofissionalidade pressupõe maior frequência e intensidade de relações e a superação de contatos protegidos por normas e protocolos, o que exige mais cuidado e análise constante das diferentes interações por parte dos coordenadores do serviço.

Além de ser um arranjo destinado a concretizar e potencializar o compartilhamento de práticas e saberes, a organização de serviços segundo a proposta de equipes de referência permite a superação de relações especulares entre terapeuta e paciente (sobretudo quando se trata de doenças crônicas, com acompanhamento de longo prazo) e o recebimento de apoio de um dado profissional por parte dos outros colegas da equipe de referência quando se lida com casos especialmente difíceis. Um cuidado constante a ser tomado é de que a equipe de referência ocupe um lugar de importância, mas não de centro, na relação com o paciente – esse sim deve ser o foco das ações e reflexões da equipe – e que se garantam trânsitos e trocas entre essas equipes em um mesmo serviço, evitando-se o enclausuramento e eventuais disputas entre elas.

III- Conclusão

A interdisciplinaridade e seu correlato na prática dos serviços, a interprofissionalidade, constituem categorias importantes para analisarmos algumas limitações importantes das práticas contemporâneas de saúde. Dentre elas, destacamos a baixa correlação entre superespecialização e efetividade dos serviços de saúde, ou seja, elas nos ajudam a buscar respostas sobre porque os investimentos financeiros e de produção intelectual não geram equivalente qualificação e resolutividade dos serviços à população, o que parece sugerir a necessidade de aumentar a capilarização e circulação colateral entre as profissões e não apenas o seu desenvolvimento e aprofundamento solitário.

Por outro lado, já se disse que a idéia de interação disciplinar e profissional só é possível e tem sentido na prática (Almeida Filho, 1997). Por essa razão, o grande desafio dessa discussão é a tradução e implementação de seus princípios em serviços concretos, o que poderá enfim gerar ganhos reais aos usuários e a identificação de novas questões que mereçam a atenção dos interessados nesse tema.

No entanto, essas mudanças só superarão seus obstáculos na medida em que não se basearem em concepções ingênuas como a da unidade de um saber perdido que “naturalmente” anseia e converge para uma nova integração, retomando um passado de unidade (Jantsch & Biachetti, 2000). São muitas as determinações históricas que levaram à criação das diferentes disciplinas e atividades profissionais e a discussão da interdisciplinaridade e interprofissionalidade agrega valor somente na medida em que possibilitam aos profissionais compreenderem essas mesmas determinações históricas, autorizando-se a criar novos modos de vivência e convivência institucional, aumentando gradativamente seus gradientes de co-gestão.

No que concerne ao SUS, seria importante o acompanhamento rigoroso e a avaliação sistemática das várias experiências em curso, que vêm funcionando segundo a lógica de equipes de referência. Em várias cidades brasileiras existem iniciativas na atenção básica, saúde mental e hospitais públicos, dentre outros, que vêm relatando êxitos a partir da reorganização do *modus operandi* de suas equipes com base em um modelo tecnoassistencial que favorece a colaboração interprofissional.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2(1/2): 5-20, 1997.

D'AMOUR, D. Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. 1997. Tese (Doutorado) –Université de Montreal, Montreal/Canadá.

CAMPOS, G. W. S. (org.). Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.4, n.2, p.393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes e saúde. In: MERHY, E. E. & Onocko Campos, R. (orgs.). Agir em saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.

DOMITTI, A. C. P. & CAMPOS, G. W. S. Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde. Dep. de Medicina Preventiva e Social, FCM-Unicamp, mimeo, 2005.

MIRANDA, L. & FURTADO, J. P. O dispositivo 'técnico' de referência nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise Winnicottiana. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 2006. Aprovado para publicação.

MACHADO, M. H. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In:

MACHADO, M. H. (org.) Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

MORIN, E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma e reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

NUNES, E. D. A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências sociais. In: CANESQUI, A. M. (org.) Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995.

ONOCKO CAMPOS, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. (org.). Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

PINHEIRO, R. & MATOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006.