



DISCIPLINA:
FUNDAMENTOS E PRÁTICA
EM EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL

A ATUAÇÃO DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO APOIO À INCLUSÃO ESCOLAR

THE PERFORMANCE OF A MULTIPROFESSIONAL TEAM TO SUPPORT SCHOOL INCLUSION

LA ACTUACIÓN DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN EL APOYO A LA INCLUSIÓN ESCOLAR

Márcia Altina Bonfá da Silva¹
Enicéia Gonçalves Mendes²

RESUMO: A equipe multidisciplinar tem sido uma das alternativas para se prover apoio à escolarização dos alunos do público-alvo da Educação Especial em escolas comuns e o objetivo do presente estudo consistiu em descrever e analisar o serviço de uma equipe dessas que atuava em escolas, e tinha sete profissionais. A metodologia baseada na pesquisa colaborativa, teve um estudo documental, entrevistas individuais e grupos reflexivos. Os resultados contextualizam o histórico de criação e descrevem e analisam a organização do serviço da equipe multiprofissional. As evidências permitiram concluir que há demanda escolar para o trabalho desses especialistas, serviço este que é valorizado pela escola. Entretanto, a expectativa dos educadores continua sendo de prestação de serviços clínicos, tais como avaliação e atendimentos diretos aos alunos. Concluímos que os profissionais não se constituíam enquanto equipe e para que o serviço de uma equipe multiprofissional pudesse contribuir para construir escolas inclusivas, seria necessário desenvolver filosofia comum, pautada no modelo educacional da consultoria colaborativa escolar, e prover desenvolvimento profissional permanente para a manutenção de práticas colaborativas da equipe.

Palavras-chaves: Educação Especial. Educação Inclusiva. Equipe Multidisciplinar. Consultoria Colaborativa.

ABSTRACT: The multidisciplinary team has been one of the alternatives to provide support to the schooling of students with special educational needs in a common class and the objective of the present study was to describe and analyze the service of a team of those that worked in schools, and had seven professionals. The methodology based on collaborative research, had a documentary study, individual interviews and reflective groups. The results

¹ Coordenadora pedagógica na Secretaria Municipal de Educação da cidade de Batatais, no setor de Educação Especial e Serviços de Apoio. Mestra em Educação Especial (UFSCar).

² Bolsista Produtividade 1B do CNPq. Professora Titular do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos – São Paulo – Brasil. Doutora em Psicologia (USP), Pós-Doutorado na Universidade de Sorbonne, França (2007) e Universidade de Salamanca, Espanha (2017).

contextualize the creation history, describe and analyze the service organization of the multidisciplinary team. The evidence allowed us to conclude that there is a school demand for the work of these specialists, a service that is valued by the school. However, the school's expectation remains to provide clinical services, such as assessment and direct assistance to students. We concluded that the professionals not constituted as a team and for the service of a multidisciplinary team to contribute to building inclusive schools, it would be necessary: to develop a common philosophy, based on the educational model of the collaborative consultation in school, and provide permanent professional development for the maintenance of team collaborative practices.

Key Words: Special Education. School Inclusion. Multidisciplinary Team. Collaborative Consultation.

RESUMEN: El equipo multidisciplinario ha sido una de las alternativas para brindar apoyo a la escolarización de los estudiantes del público objetivo de Educación Especial en una clase común y el objetivo del presente estudio fue describir y analizar el servicio de un equipo de los que laboraron en escuelas, y contaba con siete profesionales. La metodología basada en la investigación colaborativa, contó con un estudio documental, entrevistas individuales y grupos de reflexión. Los resultados contextualizan el historial de creación y describen y analizan la organización de servicios del equipo multidisciplinario. La evidencia nos permitió concluir que existe una demanda escolar por el trabajo de estos especialistas, un servicio que es valorado por la escuela. Sin embargo, la expectativa de la escuela sigue siendo proporcionar servicios clínicos, como evaluación y asistencia directa a los estudiantes. Se concluyó que los profesionales no se constituyeron en equipo y para que el servicio de un equipo multidisciplinario contribuya a la construcción de escuelas inclusivas, sería necesario desarrollar una filosofía común, basada en el modelo educativo de la consultoría escolar colaborativa, y proporcionar desarrollo profesional permanente para mantener prácticas de equipo colaborativo.

Palabras Claves: Educación Especial. Educación Inclusiva. Equipo Multidisciplinario. Consultoría Colaborativa.

1. Introdução

A escola deve ser acessível a todos, e existe certo consenso na ideia de que o professor sozinho pode não conseguir dar respostas educativas à todas as demandas que surgem no espaço escolar heterogêneo, e por isso serviços de apoio podem ser requeridos (MENDES,

2008). Portanto, as pesquisas caminham na direção de produzir conhecimentos sobre quais seriam os suportes mais adequados, e a atuação de uma equipe multiprofissional tem sido uma dessas possibilidades de apoio à inclusão escolar (CARVALHO, 2004; MARQUESI, 2004; MITTLER, 2005; GLAT, BLANCO, 2007).

Entretanto, no Brasil, a presença de profissionais considerados da “saúde” na educação, e principalmente na escola, ainda parece ser assunto controverso, enquanto as experiências em outros países têm demonstrado que todos os alunos podem se beneficiar do serviço de apoio da equipe multidisciplinar (CHURCHLEY, 2006; DETTMER; THURSTON; DYCK, 2005; FRIEND; COOK 1995; IDOL; NEVIN; PAOLUCCI-WHITCOMB, 2000; JORDAN, 1994; KAMPWIRTH, 2003; KARAGIANNIS; STAINBACK; STAINBACK, 1999).

Os profissionais da educação são obrigados a confrontar-se quotidianamente com problemas de grande complexidade técnica e científica e, nesse contexto, no entendimento da urgência da criação de uma nova escola, produtora de saberes, talvez encontremos a razão da importação para a cena educativa de modelos construídos (com sucesso) noutros domínios e que passam pela colaboração e articulação de diferentes profissionais, organizados em equipes multiprofissionais (GARCIA, 1994, p. 11).

A princípio cabe destacar que a concepção de aluno da Educação Especial, ainda é muito médica e organicista, e a maioria dos serviços de apoio são orientados para "corrigir o aluno", e tentar enquadrá-lo dentro de uma normalidade padronizada. Diante da natureza desses serviços e apoios previstos, permanece a lógica de que no aluno, recai a responsabilidade e o fardo de definir seus próprios rumos escolares, que na maioria das vezes, resulta em abandonar a escola.

Verifica-se, também, que a discussão sobre o que é e como atender a diversidade existente nas escolas brasileiras é ainda fragmentada e isolada em núcleos, setores e secretarias. As diretrizes que daí surgem, parecem pouco articuladas às políticas implantadas, não originam ações concretas, tampouco modificam a vida dos estudantes garantindo-lhes, o que em tese, lhes é de direito, pois “ter leis que garantam direitos não significa que estes sejam (re)conhecidos no ambiente educacional” (BRASIL, 2014, p. 529).

Nesse sentido, a literatura de países com mais experiência na construção de sistemas educacionais inclusivos, e com mais estudos e pesquisas sobre como formar esses profissionais para atuar nas escolas, tem apresentado variadas propostas e modelos de prestação de serviços que podem ser aplicados e analisados em contexto brasileiro. Um desses modelos denomina-se Consultoria Colaborativa Escolar – CCE, que tem se mostrado eficaz ao ser aplicado para favorecer a escolarização de alunos com diferentes necessidades

educacionais, dentre elas alunos com deficiências, com dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento, com diferenças culturais e linguísticas etc.

A CCE é definida como um serviço de apoio ao professor ou a comunidade escolar e conta com a participação de profissionais especialistas em diferentes áreas, voltados ao contexto escolar e suas demandas. O princípio da CCE é a colaboração que implica na divisão e no compartilhamento de responsabilidades, na busca conjunta pela resolução dos problemas escolares e objetiva melhorar o ensino oferecido pela escola, as competências profissionais da comunidade escolar e as habilidades em responder às dificuldades que surgem nesse espaço (IDOL; NEVIL; PAOLUCCI-WHITCOMB, 2000; KAMPWIRTH, 2003).

Assim, considerando-se que a literatura aponta a equipe multidisciplinar como uma possibilidade de se prover apoio à inclusão escolar, e que muitos municípios já contam com esse tipo de serviço o presente estudo foi delineado para conhecer esse serviço e tentar responder a algumas questões, tais como: Em que medida a presença de uma equipe multidisciplinar no contexto educacional favorece a política e a prática de inclusão escolar de alunos do público-alvo da Educação Especial? Como atuam esses profissionais e como funciona essa equipe no tocante ao apoio aos estudantes? O objetivo do presente estudo consistiu em descrever e analisar a constituição e atuação de um serviço apoio de uma equipe multidisciplinar existente em uma rede municipal de Educação.

2. Método

A metodologia de pesquisa fundamentou-se nos pressupostos da pesquisa colaborativa que objetiva "aproximar duas dimensões da pesquisa em educação: a produção de saberes e a formação dos envolvidos [...]" (IBIAPINA, 2008, p. 7) evidenciando a co-construção de saberes por meio da interação entre pesquisador e participantes e, da tentativa de explorar e compreender, em um contexto real, um aspecto ou fenômeno da própria prática a ser estudada (DESGAGNÉ, 2007).

Smyth (1991), ao estudar a importância da reflexão crítica sobre a prática, elencou procedimentos necessários à sistematização desse processo e, para tanto, elencou quatro etapas a saber: a descrição, a informação, o confronto e a reconstrução dos saberes. Posteriormente, essas etapas foram operacionalizadas por Ibiapina (2008) e segundo a autora, o processo de reflexão deve permear todo o processo da pesquisa, iniciando-se logo na primeira etapa, no momento em que o participante descreve sua ação profissional cotidiana.

Para desenvolver o estudo buscou-se um município que tinha uma equipe em funcionamento, e participaram da pesquisa sete profissionais que compunham uma equipe de

apoio multiprofissional às escolas municipais de uma cidade do interior paulista, composta por três psicólogas, três fonoaudiólogas e uma pedagoga.

A coleta de dados seguiu as etapas de condução dos procedimentos éticos, estudo documental das diretrizes municipais sobre o trabalho da equipe multiprofissional e intervenção, realizada por meio de entrevistas individuais e grupos focais. O projeto foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (Parecer nº 823.525).

A análise dos dados teve como base a análise de conteúdo temática para a codificação das informações que precedeu a análise dos dados (FRANCO, 2003).

3. Resultados e Discussão

Os resultados foram organizados em duas partes, que ilustram as diferentes etapas da pesquisa colaborativa. Num primeiro momento descreve-se o trabalho da equipe e num segundo momento as reflexões feitas pelos profissionais da equipe sobre o próprio trabalho.

3.1 Descrição da proposta de trabalho da equipe multiprofissional

Para descrever o trabalho dos profissionais da equipe multidisciplinar na escola os dados foram organizados e descritos em três eixos temáticos, a saber: a) Público-alvo de atuação da equipe multiprofissional, b) O planejamento das ações dos profissionais da equipe, e c) As demandas escolares para o trabalho da equipe. Cada um desses eixos será detalhado a seguir.

3.1.1 Público-alvo de atuação da equipe multiprofissional

O público-alvo de atuação da equipe na escola foi definido pelas profissionais como sendo representativo de toda a escola e da sua comunidade escolar, não se restringindo apenas a um segmento, exceto no caso da pedagoga, que referiu que a maior parte de sua atuação era dirigida aos atendimentos individuais, ou de pequenos grupos, para alunos que apresentavam dificuldades acentuadas de aprendizagem.

Essas diferentes propostas de trabalho dentro da mesma equipe permitiram identificar que coexistiam duas abordagens de trabalho: uma voltada para o trabalho institucional, direcionada ao professor e suas práticas e para toda a escola, enquanto a outra, tinha com foco o trabalho centrado no aluno, na forma de atendimentos diretos. O entendimento sugere que as compreensões existentes nessas propostas consideram as duas abordagens e que a demanda por intervenções institucionais, ou então voltadas ao processo de leitura e escrita dos alunos a

serem resolvidas com atuações individualizadas com os alunos, fora da sala de aula.

No Brasil a proposta de atender o aluno, em serviços paralelos aos da sala de aula, está contida na Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008) ao adotar do modelo de Sala de Recursos Multifuncional para o Atendimento Educacional Especializado do Público-Alvo da Educação Especial. Nesse modelo o aluno retorna no contraturno do período da sala de aula comum para receber atendimentos complementares a sua escolarização, individualmente ou em pequenos grupos, com especialistas em Educação Especial, que tem como função, minimizar as desvantagens escolares que esses alunos possam apresentar, na tentativa de melhorar o aluno para que ele se enquadre nos padrões da sala de aula e do ano em que está matriculado.

No relato da equipe percebe-se que o público-alvo, de maneira geral, é mais amplo do que os alunos do público-alvo da educação especial, englobando também alunos com dificuldades no processo de escolarização. Além disso, os dois modelos, clínico e educacional, assumem pressupostos bem diferentes sobre quem é o público-alvo da equipe, sendo no primeiro caso o aluno, e no segundo caso, todos os atores da instituição escolar, incluindo as famílias.

A figura abaixo sintetiza as características do público-alvo das profissionais da psicologia e fonoaudiologia e das ações previstas com cada público.



Fonte: Acervo pessoal

A representação do tamanho dos círculos na figura faz referência à frequência com que os diferentes públicos, inclusive os próprios especialistas da equipe multiprofissional, são alvo da atuação cotidiana. Essa frequência foi discutida durante os encontros de grupo focal. Segundo os profissionais, a atuação com os alunos ocorria em quatro momentos. O primeiro referia-se à sala de aula:

No período da tarde eu tenho uma sala de 1º ano, e eu já tinha combinado com a professora de trabalhar com as crianças o conceito de equipe. Levei um jogo em que as crianças tinham que adivinhar a partir de dicas que eu ia oferecendo. Eu organizei as crianças em grupos de quatro alunos e apresentei a proposta do jogo, mostrei as regras e estabelecemos algumas normas, de forma que todos pudessem participar de forma igualitária. Eu encontrei dificuldade para trabalhar nesse momento porque as crianças estavam encontrando dificuldade para funcionar como um grupo, elas funcionavam individualmente. Muitas vezes acontecia, por exemplo, de terem que decidir juntos qual era o número da dica que eles queriam, podia ser de 1 a 20 e depois eles tinham que decidir juntos qual a resposta que me dariam. Nesse momento eles não conseguiam pensar juntos, eles respondiam antes de consultar o grupo. Surgiram alguns conflitos e a partir disso, eu pude refletir com eles sobre o objetivo da colaboração, do trabalho em grupo e da importância em ouvir o outro (Psico3).

Outras situações de atuação com alunos em sala de aula foram descritas,

Dentro das salas de aula, tenho trabalhado minhas ações direcionadas para campanhas, em ações coletivas, baseada na realidade dos alunos, da escola, do bairro. Campanhas sobre alimentação, porque nessa escola há uma questão muito séria com o refeitório, de crianças jogarem alimentos uns nos outros, arremesso de comida, problemas de indisciplina, briga, discussão, briga entre salas, dentro da sala,

com a gestão. Então, entro muito nas salas, faço rodas de conversa, dinâmicas e grupos para abordar esses assuntos, mas também tem temáticas sobre relacionamento, amizade, amor, escolha profissional (Psico2).

Um segundo momento de atuação com o aluno correspondia ao acolhimento, entendido como um momento individual com o aluno que permitiria identificar necessidades específicas, verificar a "necessidade ou não de atendimento clínico [...]" (Fono3) ou "[...] porque muitas vezes acontece alguma coisa em casa ou na escola que, se você não tem esse momento para conversar com a criança sozinha, você não consegue entender as atitudes dela [...]" (Psico1). Essa abordagem estendia-se aos pais, aos professores e aos demais funcionários da escola, quando necessário, porém, pouco recorrente com esse último grupo, constituindo-se mais em momentos de escuta e orientação.

Outro momento destinado aos alunos correspondia às triagens, bastante comuns na prática desses profissionais, especialmente nos setores de fonoaudiologia e pedagogia. Essa ação esteve relacionada a verificar a causa das dificuldades apresentadas pelos alunos em sala de aula para, posteriormente, orientar a atuação dos professores, dos pais, indicar avaliações específicas ou a necessidade de atendimentos clínicos.

O quarto momento com o aluno referiu-se aos atendimentos individuais, operacionalizados pela profissional de Pedagogia, cuja proposta do atendimento era no contraturno, direcionado aos alunos com dificuldades acentuadas na aprendizagem. O objetivo era sanar ou minimizar as dificuldades dos alunos no processo de alfabetização. Embora a orientação do serviço fosse complementar à escolarização, em muitos momentos apareceu como substitutivo à classe comum, na medida em que os alunos eram retirados da sala de aula para serem atendidas.

A maior parte das falas das participantes reflete as sugestões dadas pelos conselhos das profissões da Psicologia e Fonoaudiologia que, embora não aprofundem o que deve ser feito nessas ações, direcionam os apontamentos repetidamente para que não sejam feitas intervenções clínicas na escola, como atendimentos terapêuticos, por exemplo. No entanto, respalda pouco os profissionais dessas áreas sobre práticas efetivas e adequadas, confirmando a pouca produção desses conhecimentos no cenário brasileiro e a necessidade de produzir materiais que orientem e sustentem as práticas desses profissionais na escola.

Observa-se também que, ao tratar a questão dos atendimentos, o Conselho Federal de Psicologia, por exemplo, orienta para as práticas coletivas e também permite "grupos de apoio psicopedagógicos com alunos que apresentam dificuldades no processo de escolarização" (BRASIL, 2013, p.62). Entretanto, foi o trabalho da pedagoga que pareceu se assemelhar à

essa orientação.

Em relação ao trabalho com a gestão da escola - aqui relacionada ao diretor, vice-diretor e coordenador pedagógico - as participantes relataram que as características da gestão e a maneira como entendem a equipe multiprofissional influencia diretamente o trabalho conjunto, sendo que há situações em que não existe nenhuma atuação em comum: "não, não faço reunião com a gestão, tivemos duas reuniões, é um trabalho que está sendo colocado no papel para o ano que vem" (Psico2).

Porém, relataram outros casos em que já existiu um maior entrosamento e nessas situações, percebe-se a existência de uma maior participação nos acontecimentos, planejamento e discussões que envolvem a escola,

Elas solicitam coisas para gente fazer e, também, nós levamos alguns problemas que sejam da parte delas, para que nos ajude a resolver, como por exemplo, um pai que não comparece quando chamamos, um professor que sai da sala de aula quando entramos para fazer a intervenção, uma solicitação de visita da assistente social. Estamos sempre em contato, elas são muito acessíveis e acho até que, com a coordenadora, conseguimos ter um relacionamento melhor, até mesmo por conta do cargo que ela exerce (Fono1).

Há também situações em que os profissionais são acionados somente para participar em reuniões com Conselho Tutelar e outros órgãos que solicitam informações à escola.

A liderança escolar, exercida por meio dos gestores (diretores, vices diretores e coordenadores pedagógicos e orientadores educacionais), assume papel fundamental na promoção do trabalho colaborativo na escola. Cabe a esses profissionais direcionar a execução das soluções dos problemas enfrentados pela escola, os quais se espera, não de maneira isolada, imposta, mas definida após a participação dos demais profissionais pertencentes a esse espaço, de maneira que sejam capacitados e fortalecidos para além de discutirem os problemas que enfrentam, compreenderem e modificarem as situações que causaram tais problemas. Ao menos, é esse o entendimento do papel básico da liderança escolar e não a equivocada crença de que diretores e vice-diretores, sozinhos, possam transformar a escola e decidir os melhores caminhos que todos que pertencem a esse espaço terão que trilhar (FULLAN; HARGREAVES, 2000).

A dificuldade que a maioria dos profissionais dessa pesquisa encontrou na atuação partilhada e reflexiva com a gestão, envolveu também o despreparo desses líderes em assumir funções sem formação e preparo para tal. Esta situação é acentuada pela falta de mecanismos de avaliação institucional, o que gera insatisfação no grupo escolar e reflete-se na dinâmica da escola, que acaba sendo palco de situações recorrentes, como a presença de pais todos os dias para resolver problemas, número excessivo de faltas dos profissionais da escola, além de

problemas de ordem administrativa. Situações como essas, emergenciais, acabam por ocupar todo o tempo da gestão em ações sem planejamento e para as quais, a equipe multiprofissional poderia intervir positivamente, se a atuação desses profissionais contemplasse a participação na elaboração, implementação e avaliação do projeto político pedagógico, conduta orientada pelos conselhos.

Em relação ao trabalho com os pais, as profissionais relataram fazer orientações pontuais, seguida dos encaminhamentos para outras áreas e na sequência, apareceram as entrevistas de anamneses e algumas palestras, sendo que a maior demanda recaía sobre a solicitação de encaminhamentos e queixas contra a escola. Parece ser essa a mesma orientação dada pelos conselhos para atuação de especialistas junto às famílias: "[...] faço orientação com os pais, mas individualmente, [...] anamneses e encaminhamento do filho quando precisa, acompanho se o encaminhamento deu continuidade, ligo para os pais, chamo na escola" (Fono2).

As propostas que surgiram em relação ao trabalho com o professor mostraram-se parecidas quanto às ações, porém, variável quanto à intensidade em que ocorriam, tendo relatos de devolutivas das triagens e conversas sobre os alunos na prática de planejar e avaliar as intervenções executadas em sala de aula junto com o professor, relatado por duas participantes. Todas, em algum momento, relataram que discutiam essas intervenções ao final do mês ou do bimestre, momento em que também reavaliavam as propostas e (re) definiam novas intervenções.

A atuação em sala tinha como condição a presença do professor ocorria mesmo que ele desconhecesse a proposta ou que participasse como observador. Duas participantes relataram realizar palestras em momentos específicos "quando surge um tema proposto pelo grupo, como nesse ano que surgiu a necessidade de falar sobre trocas na escrita, então eu fiz uma palestra com os professores" (Fono1).

Conforme a fala das participantes, a programação (e não a execução) das intervenções em sala de aula apareceu como a ação que ocupava a maior parte do tempo na escola: "as intervenções em sala ocupam mais o meu tempo. É sempre cronometrado e o planejar disso também. Então as intervenções que ocupam mais tempo" (Fono2) se considerarmos essa intervenção como retrato de um processo que, segundo os relatos, iniciava-se na identificação das necessidades da sala, no planejamento da intervenção, na execução e na avaliação da ação, e não somente como um ato isolado de ir até a sala de aula, executar a proposta e finalizar o processo com intervenções pontuais.

Os objetivos finais dessas intervenções eram atender às necessidades identificadas

pelo professor ou demonstradas pelo grupo de alunos e, conseqüentemente, provocar a reflexão sobre a prática pedagógica, que poderia ocorrer durante o processo de planejamento e avaliação das propostas e, também, por meio da observação da conduta do especialista ao direcionar a execução do planejado em sala de aula.

Ao dirigir as propostas planejadas, o especialista exemplificava, por meio de sua abordagem, novas maneiras de intervenção, de mediação e de conduta e, por meio desses outros modelos que apresentava, ampliava as alternativas para o professor, que poderia incorporá-las em situações em que o especialista não estivesse em sala de aula e que ao mesmo tempo atendesse às necessidades do grupo, fossem elas referentes à disciplina, estimulação de habilidades, linguagem, consciência fonológica, raciocínio-lógico, entre outras.

Em relação ao trabalho dos especialistas que atuam na mesma escola e o trabalho da equipe multiprofissional como um todo, as participantes relataram que as ações conjuntas envolviam prioritariamente os estudos de casos, em alguns locais ocorria trocas de experiências sobre os trabalhos e, em menor proporção, elaboração, discussão e execução coletiva dos projetos conjuntos em sala de aula, sendo que as participantes que compunham a equipe multiprofissional relataram não haver trabalho articulado entre seus componentes pois, "existe uma equipe multiprofissional [...] mas que não tem trabalho de equipe" (Fono2). Portanto, o trabalho entre eles não se configurava como trabalho de equipe, entendida nos dizeres de Garcia (1994) como sendo um conjunto de indivíduos com diferentes profissões e diferentes campos de saber, formações e percursos diferentes, que se encontram dentro de um determinado espaço e contexto, reunidos no mesmo campo de trabalho, com objetivos comuns.

Garcia (1994) esclarece que a formação da identidade de uma equipe deve iniciar-se num processo de autoanálise que seja capaz de identificar, analisar e buscar pela resolução de problemas internos do próprio grupo, a partir do cruzamento dos saberes específicos de cada área do conhecimento (resultantes da formação profissional), dos saberes comuns (advindos das experiências) e dos saberes qualificantes (obtidos através da reflexão na ação e a partir dela).

3.1.2 O planejamento das ações para atuação da equipe

Ao serem indagados sobre o processo de planejamento das ações na escola, os participantes relataram que todas as ações pontuais eram planejadas com antecedência, principalmente as intervenções em sala de aula. A participação do professor nesse

planejamento era variável, sendo que na maior parte, os profissionais relataram entrar nas salas com ações previstas e planejadas, anteriormente acordadas com os professores, seguindo passos, a saber: a) encaminhamento/solicitação da demandas identificadas pelo professor após observação da sala de aula; b) discussão inicial das observações com os outros profissionais; c) observação em sala de aula; d) avaliação das habilidades e dificuldades encontradas pelo grupo, pelo professor ou pelos alunos; e) planejamento e execução das intervenções.

Inicialmente o professor fazia um encaminhamento por meio de formulário simples em que relatava as principais dificuldades identificadas na sala de aula ou com um aluno específico, como ilustra o relato de uma das participantes,

O professor detecta as dificuldades nos alunos, às vezes existem realmente, às vezes podem ser sanadas na sala de aula mesmo. Percebe que tem alguma criança que não está avançando, não está correspondendo ao que ele está trabalhando e solicita que observemos a criança individualmente para verificar se há alguma dificuldade específica que está interferindo na aprendizagem daquela criança. Há casos que fazemos triagem, conversamos com a família. Há casos que orientamos o professor somente. Se o professor encaminha muitas queixas, propomos um trabalho com ele na sala de aula (Fono1).

Um segundo momento era feito por meio da discussão com o professor sobre o caso, ocasião em que eram refletidos os componentes implicados nas dificuldades encontradas, como observamos no relato a seguir:

No começo do ano a gente espera o professor ter momentos com aquele aluno, uma ou duas semanas e depois disso a gente senta para conversar com cada um dos professores para ele dizer o que observa na sala, quais os pontos fortes e em que pode ter alguma dificuldade para trabalhar, sejam dificuldades dele ou das crianças, e tentamos pensar juntos como poderíamos traçar uma proposta de trabalho que viesse de encontro com o planejamento curricular da sala (Psico3).

Quanto ao planejamento para intervenções em sala de aula, observou-se que existiam práticas diferentes. Uma delas iniciava-se no "planejamento, no sentar com o professor [...]. Primeiro definimos o que vamos trabalhar e como é que vamos trabalhar e depois disso, na avaliação do que foi trabalhado (Fono2)". Outra prática de intervenção foi de o especialista levar para a sala a intervenção já definida.

Delineei o projeto a partir do momento em que fui acompanhando a sala, a partir das conversas com a professora. Falei para ela que precisava realizar algum projeto mais sistematizado com os alunos. Eu escrevi o projeto, delineei as atividades e mostrei para a professora. Iniciei a execução após observação e momentos de reflexão, pois senti necessidade de oferecer um projeto para aquela professora (Psico3).

Essas duas abordagens de trabalho refletem uma escolha individual na maneira de propor as intervenções em sala de aula, pois, embora os participantes relatem haver passos já definidos a serem seguidos, não há uma constância no uso dessa orientação. Talvez essa inconsistência seja fruto da pouca articulação da equipe e da falta de mecanismos de avaliação

e monitoramento mais precisos, que indiquem o caminho mais eficaz. Embora a literatura aponte que o trabalho conjunto deve iniciar-se na identificação dos problemas e permear todo o processo, sabemos que se constitui em uma prática difícil de ser sustentada, no entanto, vital para a identificação, tanto do sucesso das propostas, quanto das dificuldades que interferem e impossibilitam o alcance dos objetivos.

3.1.3 As demandas para o trabalho da equipe

Em relação às demandas que surgem para o trabalho da equipe no contexto escolar, estas eram voltados à solicitação de atendimentos clínicos, embora sob um discurso velado, à avaliação e ao auxílio às emergências, principalmente, no caso da Psicologia. Assim, identificamos o viés médico-clínico e remediativo ainda existente na cultura das escolas, o que pode ser explicado pela raiz médica na educação, refletindo no entendimento atual de que os problemas escolares serão solucionados pela atuação médica, conforme apontados por Januzzi (2012) e Mazzotta (2005).

No caso dos relatos desta pesquisa, tal concepção passou a ser problematizada em 2005, por exigência dos conselhos regulamentadores das profissões, que coibiu uma prática clínica dentro da escola, embora não apresentassem uma proposta clara de nova atuação, deixando esses profissionais descobrirem por si só novos caminhos. Entretanto, fatores como uma formação inicial voltada para atuação clínica, reafirmada pelos editais dos concursos, reforçada pela prática de atendimentos educacionais especializados nas escolas e pelas exigências de uma instituição acostumada a atribuir ao aluno à causa de suas dificuldades, contribuem para instalar o entendimento de que esses profissionais na escola ali estariam para esse fim.

Portanto, não se pode excluir todos esses fatores como intrincados no papel que os especialistas desempenham nas escolas, pois esperar por uma atuação pautada em princípios emancipadores e coletivos, nos quais as respostas direcionam as ações na escola, passa pela transformação nas concepções dos próprios profissionais e na formação nessas áreas de conhecimento.

O estudo de Matos (2012) sobre as demandas decorrentes da educação inclusiva e das possibilidades de atuação do psicólogo escolar, retrata que a solicitação de avaliação enquanto ferramenta de identificação, diagnóstico e encaminhamento direcionados ao especialista que atua na escola, decorre de uma visão de que os conhecimentos dessa área darão respostas e subsidiarão a prática pedagógica, supondo-se a sobreposição de uma área sobre a outra, quando é a Pedagogia que deveria buscar, em conjunto com demais especialistas, respostas educacionais para problemas escolares.

Quanto ao surgimento dessas demandas, de acordo com a equipe, as solicitações relacionadas à sala de aula vêm prioritariamente pelo encaminhamento do professor que identifica as dificuldades e aciona os profissionais da equipe. Outra maneira identificada foi por meio das intervenções de iniciativa dos especialistas em sala de aula, que aparece em menor proporção, por escolha e adesão voluntária do professor.

Dois casos na fala de uma participante ilustram esse ponto. O primeiro ocorre quando "a professora faz um encaminhamento, detecta que tem alguns alunos com dificuldades e juntas vamos acompanhando e discutindo. Às vezes chamo o aluno e faço um acolhimento, espero um tempo, chamo de novo, chamo a mãe, observo o aluno na sala de aula, olho o caderno, vou na aula de educação física, no recreio. Faço outros momentos de intervenção e observação do aluno até a gente ir fechando se aquele aluno é um aluno que requer algum encaminhamento específico (Psico3). Outro momento, "quando faço uma intervenção em sala de aula, devido a fala do professor e também o que eu observo" (Psico3).

A análise da primeira etapa da pesquisa demonstra que a contribuição desses profissionais na escola pode ser positiva, mas que no entanto, é preciso pensar na formação dessas equipes, em como definir a filosofia comum a ser adotada no trabalho em contexto escolar e possibilitar espaço de diálogo e planejamento, pois, além de formação é necessário tempo conjunto de reflexão.

Garcia (1994) esclarece que a formação de uma equipe multiprofissional exige alguns requisitos fundamentais para seu funcionamento, que envolvem: a) a formação individual de seus membros, b) a reflexão partilhada de suas práticas, c) a adaptabilidade, que corresponde a capacidade da equipe em unir seus conhecimentos sem sobreposição de convicções individuais; e, d) o sentido de identidade, que une o conhecimento do grupo, seu funcionamento e o empenho pessoal de cada um dos seus membros, pois ao contrário disso "[...] aumentam as dificuldades para o estabelecimento de uma relação eficaz entre profissionais provenientes de áreas de saber diferentes, o que origina intervenções parcelares ou justapostas" (GARCIA, 1994, p. 49).

A autora esclarece ainda que a formação da identidade da equipe é essencial. Para tanto, deve ser instituído um processo de autoanálise que permita aos seus componentes identificar, analisar e buscar pela resolução de problemas internos do próprio grupo. Nesse sentido o presente estudo possibilitou que esses profissionais fizessem essa autoanálise e na medida em que fizeram uma descrição do que fazem nas escolas, puderam avançar e fazer algumas reflexões sobre a própria atuação e a atuação da equipe. O tópico a seguir apresenta alguns pontos nos quais essas reflexões sobre a presença da equipe multidisciplinar na escola

avanzaram no decorrer da pesquisa colaborativa.

3.2 Reflexões sobre o Papel da Equipe Multiprofissional

Nesta parte dos resultados serão descritos os principais pontos da reflexão dos profissionais, que em suma sintetizaram o problema da atuação da equipe, conforme diagnosticado pelos profissionais, que têm se voltado mais para a resolução dos problemas escolares como sinônimo de atendimento às emergências. Num segundo momento, as reflexões avançaram para a tentativa de propor mudanças e melhorias na atuação da equipe, e neste momento os profissionais se propuseram a analisar como os papéis desses profissionais e da equipe como um todo, poderiam ser redefinidos para melhorar práticas escolares.

3.2.1 A resolução dos problemas escolares como sinônimo de atendimento às emergências

Embora houvesse um entendimento de que a resolução de problemas deveria envolver todos os profissionais ligados a uma determinada situação, verifica-se que a demanda pelo trabalho do profissional, na prática, corresponde a como dar respostas às situações de emergência, que aparecem e dificultam a dinâmica de um trabalho mais planejado e intencional na escola. Esse entendimento deve ser refletido no sentido de que a proposta de resolução de problemas envolve muito mais o compartilhamento da busca por soluções do que as respostas prontas que determinado profissional possa apresentar.

Eu acho que em termos de porcentagem, 90% do nosso trabalho é resolução de problemas. É o que chega, é o que vem, é a solicitação, a maior parte do nosso trabalho é resolução de problemas (Fono1).

É recorrente o uso por parte dos profissionais da palavra "apagar incêndio", o que acaba sendo um dos prejuízos que a equipe considera ter no cumprimento das atividades programadas. A resolução de problemas escolares é a primeira meta da consultoria colaborativa escolar (KAMPWIRTH, 2003), sem que isso signifique "apagar incêndios", "solucionar emergências", "atender alunos" ou mesmo "diagnosticar", pois o processo não se encaminha pelo viés remediativo, outrossim, integra-se às demandas e dificuldades da escola, buscando soluções pelos seus próprios agentes, num processo mediado pelos especialistas que contribuem com conhecimentos especializados em direção a um problema educacional (DETTMER; THURSTON; DYCK, 2005).

A relação estabelecida entre resolver problemas e atender emergências parece ser um fator que intensifica esse entendimento unilateral e se configura como um fator relevante que parece interferir significativamente nas ações programadas pelos profissionais da equipe,

principalmente, nas propostas desenvolvidas pelos profissionais da psicologia. Essas interferências envolvem, em grande parte, a solicitação da gestão para intervenção em situações que ocorrem no momento, como a presença de pais que não estavam agendados, reuniões não programadas com Conselho Tutelar, como “alguma emergência com alguma criança ou alguma mãe que precisava falar comigo e era meu horário em sala de aula. Nesse momento surge uma tensão: eu atendo a mãe que está precisando ou atendo a sala como estava combinado?” (Psico1).

Encontramos nos excertos descritos acima duas situações que envolvem as emergências na escola e demonstram a dificuldade em se estabelecer rotina de trabalho e cumpri-la. A primeira retrata a dificuldade em manter as ações planejadas (intervenções em sala, o horário de planejamento com o professor, o agendamento dos pais, triagens), em razão das solicitações para atender situações inesperadas, em geral, solicitações da gestão quanto à indisciplina, relatórios, pais não agendados, reuniões não programadas, mudança no planejamento da sala de aula, passeios extraclasse não comunicados aos especialistas etc.

A segunda situação descrita pelos profissionais é que, sabendo da existência dessas emergências de antemão, eles acabam deixando janelas em seus horários para atender a esse tipo de demanda, pois já sabem que existem, o que sugere que o impacto não deveria ser tão significativo, uma vez que eles se programam considerando essas emergências.

O planejamento das ações da equipe na escola e o cumprimento desse planejamento são necessários nesse caso, tanto do planejamento de cada área, com suas ações definidas, quanto ao planejamento das ações conjuntas do grupo escolar (equipe multiprofissional, professores, gestão). Ele deve servir como direcionador do trabalho, assim como a organização desse planejamento deve ser respeitada, pois ao se intensificar a resolução de ações pontuais como foco do tempo na escola, as intervenções programadas ficam prejudicadas e o processo sistemático de acompanhamento fica comprometido. Os processos de reflexão que essas mesmas situações podem provocar ficam empobrecidos, podendo não refletir mudanças e ainda retornar em forma de frustração por não serem identificadas transformações permanentes que demonstrem resultados efetivos.

Este fator, identificado neste contexto pelas profissionais como uma dificuldade no trabalho da equipe, suscita o entendimento de que o trabalho desses profissionais na escola pode ser aperfeiçoado, e que a atuação não deveria residir em identificar problemas, mas em contribuir na análise desses problemas e buscar preveni-los. E o que isso requer? As propostas dos profissionais para essas mudanças são apresentadas a seguir.

3.2.3 A importância da definição de papéis para realização do trabalho e as dificuldades para modificar as práticas escolares

O relato apresentado a seguir demonstra que a dificuldade na definição de papéis na escola e do que seria responsabilidade de cada um (professor, especialistas e gestão) pode ser um fator complicador na atuação de uma equipe multiprofissional, pois isso pode ocasionar a fragmentação das ações, dificultar o alcance dos objetivos, gerando e acentuando os conflitos entre o que "devo fazer e o que não devo fazer", o que "cabe a mim e o que cabe ao outro".

Wood (1998) alerta para os perigos de situações como a indefinição ou a duplicação de papéis em propostas que envolvem diferentes campos do saber e profissionais atuando juntos. A possibilidade de gerar relutância e pouca adesão dificultam a aceitação e a efetividade das ações propostas.

A dificuldade em definir os papéis durante o trabalho em equipe não é só do professor. É da gestão, dos outros profissionais da escola e até nossa. Quando eu insisto em fazer aquilo que não é meu, da minha competência, temos a dificuldade de assumir nosso papel. Se eu estou o tempo todo fazendo algo que sei que não é minha função eu estou falhando (Psico1).

Outra dificuldade apresentada pelos participantes refere-se à manutenção das práticas escolares identificadas na escola, o que pode ser identificado na fala da participante ao relatar que embora estejam "diretamente ligadas às dificuldades da escola eu percebo que quando a gente tenta mostrar essas dificuldades é como se não correspondesse ao que eles realmente veem ou talvez seja uma forma de continuar do jeito que está" (Fono3). Entretanto, estas podem também, ser reflexo da falta de diálogo, do reconhecimento das dificuldades coletivas e das poucas estratégias de ensino pensadas em conjunto.

Os apontamentos referem-se à dificuldade de professores e comunidade escolar em aceitar intervenções e sugestões que venham de profissionais que não "estão na sala de aula" e, portanto, estariam teoricamente, inaptos a auxiliar. No entanto, a maioria dos professores parece responder positivamente quando a proposta desses mesmos profissionais inclui retirar o aluno da sala e atendê-lo individualmente.

Essa validação da concepção de que o problema está no aluno e, a consequente mudança desse entendimento, está entre os desafios de uma equipe multiprofissional. Nesse sentido, o trabalho desses profissionais pode tanto acentuar esse entendimento, ao levar o aluno para uma sala isolada para atendimentos individuais, quanto transformar essa concepção, insistindo no trabalho junto ao professor e mostrando a real potência das intervenções conjuntas.

Devemos comemorar os resultados do trabalho dos especialistas nas escolas, pois por meio de suas competências, os professores em sala de aula podem adquirir as

habilidades para lidar de forma independente com qualquer um dos problemas a enfrentar. Continuamos a esperar que os especialistas sejam chamados a trabalhar com os professores em sala de aula, embora a natureza das especializações possa parecer muito diferente das que existem hoje. Deve haver sempre ocasiões em que os professores em sala de aula resolvam seus problemas na ausência de especialistas. Atualmente por meio de um balanço realista consta-se que não se tem atingido esse nível, mas existe a contínua expectativa que a consultoria de especialistas possa trabalhar para auxiliar os professores a resolverem os problemas em sala de aula (PUGACH; JOHNSON, 1989, p. 234).

Ao ilustrar essas dificuldades de trabalho conjunto, Fullan e Hargreaves (2000) utilizam a frase "ensinar não é a mais antiga das profissões, no entanto, é uma das mais solitárias" (FULLAN; HARGREAVES, 2000, p. 56) e, de acordo com esse pensamento, concluem que para o professor, o trabalho isolado é ainda uma situação comum e que incomum seria o trabalho colaborativo. Essa “preferência” por uma atuação isolada sugere uma suposta proteção para suas práticas, o que de certa forma contribui para manter o conservadorismo na educação e pouco auxilia os alunos a obterem mais sucesso na escola.

Quando os professores receiam em partilhar suas ideias e seus sucessos, por medo de serem percebidos como arautos de seus feitos, quando os professores relutam em contar aos outros uma ideia nova por receio de que possam roubá-la ou assumir seu crédito, quando os professores, jovens ou mais velhos tem medo de solicitar ajuda porque podem ser percebidos como pouco competentes, quando um professor utiliza um mesmo método ano após ano, mesmo que ele não traga resultados, todas essas tendências [...] institucionalizam o individualismo na escola e limitam o crescimento e o aperfeiçoamento, porque limitam o acesso às ideias e às práticas que poderiam oferecer maneiras mais eficientes de se fazer as coisas (FULLAN; HARGREAVES, 2000, p. 58).

Essa fragmentação pode estar ligada também à sensação de vulnerabilidade causada nesses profissionais quando esse espaço passa a ser compartilhado por outros profissionais, o que supostamente ocorreria também na sala da coordenação pedagógica e da direção escolar. Uma segunda causa estaria relacionada às altas expectativas que os professores estabelecem para si mesmos no cumprimento dos programas escolares, esquecendo-se de considerar a necessidade de flexibilização que se interpõe ao currículo e ao planejamento, considerando que os alunos são pessoas diferentes, com ritmos e estilos de aprendizagem diferentes e, por fim, uma terceira causa seria a relutância em aceitar e oferecer ajuda, na tentativa de ocultar as dificuldades não expondo suas fragilidades (FULLAN; HARGREAVES, 2000).

Na tentativa de refletir sobre as dificuldades encontradas nas mudanças das práticas na escola, uma das explicações está na cultura escolar que prioriza processos individuais, em espaços isolados como as salas de aula, a sala da coordenação pedagógica, da direção e inevitavelmente, esbarra no papel do professor, peça central nas ações da escola (GARCIA, 1994). Sobre a questão da cultura escolar, Garcia (1994) a denomina como sendo sinônimo de um sistema com funcionamento complexo e dinâmico que faz de cada escola um contexto

único e, nesse contexto, identificamos dois tipos de cultura escolar, definidas por Fullan e Hargreaves (2000) como cultura individualista e cultura colaborativa.

Assim, se a cultura escolar individualista reforça o discurso do trabalho isolado, identificamos o trabalho colaborativo como necessário para mudar essa realidade. As práticas relatadas pelos participantes dessa pesquisa, demonstram a busca por novos caminhos, e ao nosso ver, boas experiências. A parceria como condição para o trabalho foi identificada pelos participantes como uma condição essencial para o sucesso das propostas, como também, uma dificuldade recorrente, que permeou todas as discussões, desde a entrevista individual até os encontros de grupos focais. Essa condição de trabalho demonstrou ser uma grande preocupação da equipe, um fator difícil de ser superado na escola e gerador de frustração, pois "o trabalho sozinho na escola não existe, ele só existe em parceria com os outros, com a gestão, com os professores, com os alunos, com as famílias. Ele é totalmente dependente disso" (Fono2), o que é confirmado pela literatura como sendo um grande empecilho nas mudanças das práticas escolares.

Você combina o trabalho, explica o porquê de ser assim, senta, escuta o que o outro tem a dizer, estabelece algumas possibilidades de solução e depois ainda escuta que você não fez nada. Entende-se que não fez nada porque não resolveu o problema. (Psico3).

No caso específico do trabalho de especialistas na escola, entende-se que existem processos de parceria que envolvem a aceitação passiva, quando por exemplo, predomina o modelo de *expert*, em que o especialista realiza orientações dirigidas ao outro, ditando o que deve ser feito e, esse caso, a capacidade de adesão é bastante reduzida. Existe também a aceitação ativa, quando o outro acredita que a intervenção é o melhor a ser feito, a qual adveio também de sua perspectiva e de critérios discutidos (GARCIA, 1994; KAMPWIRTH, 2003).

Para Pugach e Johnson (1989) é comum que especialistas assumam o papel de "experts" e orientadores. Os autores afirmam que este continua sendo um grande obstáculo para esses profissionais, romper com essa imagem à qual foram enquadrados pela própria formação e a qual muitos professores esperam deles. Grande parte dessas dificuldades foi encontrada nas falas das participantes. Na tentativa de estabelecer parceria, uma das estratégias adotada é descrita abaixo:

O professor escolhe o melhor dia para eu entrar na sala de aula e intervir, ele escolhe o dia e o horário e eu me programo e, se ele sair da sala eu não entro. Nos primeiros contatos ele recebe meu planejamento, de tudo que vamos fazer no ano e juntos podemos modificar, elaborar atividades e trabalhar. Mas não adianta, a minoria que faz a parte que lhe cabe e cumpre os nossos combinados. De seis professoras apenas uma faz e estou com ela desde 2009 (Fono3).

Algumas justificativas parecem relacionar-se aos aspectos pessoais, "às vezes a pessoa não tem interesse em modificar e quer algo pronto, como se eu tivesse que ir lá dar uma receita. Não é o que eu tenho que fazer, é o que nós temos que fazer, estou lá para compartilhar, mas a sala é dela, os alunos são dela" (Fono2). Outras falas demonstram que:

A atuação depende da atuação do outro, então você elabora um projeto e acha que a professora está trabalhando com você, porque ela não é clara ao dizer se quer ou não a parceria. Então você acha que trabalha junto mas não vê melhoria no grupo e depois descobre que estava sozinha, e então entende que não conseguiu a melhora no processo porque seu trabalho depende do outro e não porque você não trabalhou bem (Psico3).

Na visão de Dettmer, Thurston e Dick (2005), Fullan e Hargreaves (2000), os professores que se sentem pouco apreciados ou pouco valorizados como componente de um grupo podem desenvolver defesas que dificultam o alcance dos objetivos que dependem essencialmente deles e intervenções conjuntas em sala de aula passam a ser vistas como uma intromissão indesejável num espaço já organizado. Outro fator a ser considerado por Kampwirth (2003) é tentar construir programas escolares colaborativos quando os envolvidos não são preparados para colaborar.

Especialistas e professores nem sempre têm conseguido produzir uma rede potente para pensar as práticas escolares, indagar sobre a singularidade de um cotidiano nas suas ações para mudar a vida no que ela os desafia. Professores sofrem e especialistas também, ambos encurralados na estrutura rígida das formações bancárias [...] e não é só na organização das escolas ou do sistema educacional que a cristalização se dá, senão dentro de cada um, exigindo eficiência, performance e agilidade no desempenho das prescrições de seu papel (BRASÍLIA, 2010, p. 43).

Assim, é necessário dar condições para que uma equipe se forme e se fortaleça e isso envolve o papel da administração em favorecer espaço adequado para estudo, discussões e formação continuada, tempo e direcionamento adequados que permitam a construção de um trabalho articulado, alicerçado nos diferentes saberes e experiências que cada componente de uma equipe traz consigo, pois, não basta unir especialistas num mesmo local e esperar por resultados satisfatórios se os mesmos precisam também se formar enquanto profissionais e se fortalecer enquanto equipe para contribuir com novos caminhos e propostas.

4. Conclusão

O estudo evidencia o quanto a abordagem clínica ainda é presente na cultura escolar, e embora o discurso tenha sofrido modificações e incorporado novas expressões, a realidade aponta para uma escola preocupada em reparar o aluno e de especialistas coniventes com essa finalidade. A busca pelo auxílio de especialistas para assistir às dificuldades enfrentadas pela escola parece ser bastante valorizada, no entanto, essa busca parece, até esse momento,

direcionada para identificar, atender, e remediar um problema que não está no aluno, mostrando ainda as raízes médicas influenciando a educação do século XXI. Talvez seja essa a primeira atribuição de especialistas que ingressam nas escolas: entender a concepção que carregam e definir o papel que pretendem desempenhar na escola.

Constatou-se, entretanto, que o trabalho dos profissionais nem sempre priorizava a abordagem clínica, pois coexistiam propostas de trabalho diferentes, alternativas, e às vezes para um mesmo profissional, ou entre profissionais de diferentes áreas. Este fator pode gerar certa confusão no entendimento do papel da equipe na escola. No caso dessa pesquisa, a Pedagogia, enquanto área educacional, por exemplo, realizava atendimentos diretos aos alunos, retirando-os da sala quando necessário. Tal modelo, tradicional da área da saúde, não parece ter afetado a atuação do psicopedagogo tanto quanto para os profissionais das áreas da psicologia e da fonoaudiologia, por exemplo, cujos conselhos profissionais vedam esses tipos de práticas clínicas nas escolas. Aqui caberia um estudo do que representa essa especialidade chamada de psicopedagogia na escola, com um questionamento se é essa a direção do trabalho clínico que deve ser assumido, quando este vai na contramão do que a literatura indica, e os conselhos de outros profissionais da equipe interdisciplinar tem recomendado para a atuação em contextos escolares.

A questão deve ser compreendida num contexto mais amplo. A cultura escolar acostumada a atribuir ao aluno a “culpa” de seus problemas ampara-se nessa compreensão para manter-se como está. Se o problema está no aluno, a escola não muda, o professor não muda e a educação para todos continua sendo para uns poucos privilegiados.

Os resultados retrataram também as dificuldades identificadas no modo como se estabelecem as relações de trabalho e, nesse contexto, a postura de *expert*, demonstrou ser uma conduta ainda adotada. As dificuldades com essas práticas mostraram-se intensas, e isso associado à indefinição de papéis e as emergências do dia a dia, demonstraram que as demandas sobre esses profissionais são muitas, o tempo na escola é insuficiente para atender essas demandas e os resultados de tantas ações diversificadas e pouco focadas, também são pouco mensurados. A definição das ações, o planejamento das ações e a execução desse planejamento poderia auxiliar na efetivação das práticas, uma vez que fossem demonstradas várias experiências positivas no trabalho.

Garcia (1994), ao estudar a atuação de três equipes multiprofissionais na cidade do Porto, em Portugal, identificou que o sentido da ação da equipe ganha força quando se possibilita transformar os profissionais que a formam em participantes ativos, e que a intervenção em um contexto educativo através dessas equipes, rompe com a concepção

convencional que identifica a intervenção educativa reduzida ao ato de ensinar e aprender circunscrito apenas ao professor e aluno.

O desafio que se coloca, portanto, é o de como formar este tipo de profissional para atuar em escolas, se o mercado de trabalho na educação ainda é restrito para absorver estes profissionais, enquanto as universidades continuam formando-os com foco no mercado de trabalho que os absorve: o setor da saúde. Talvez esteja na hora de pensar em como formar melhor esses profissionais para atuar em qualquer contexto, e não apenas naquele que mais os emprega.

Concluindo pode-se dizer que a presença de uma equipe interdisciplinar em redes de ensino tem sido apontada pela literatura como uma importante fonte de suporte na construção de escolas mais inclusivas. No Brasil, entretanto, o investimento que se faz na construção de redes de apoio à inclusão escolar ainda é escasso, embora muitas redes de ensino, a exemplo da que foi investigada no presente estudo, já estejam tomando a iniciativa de prover variados tipos de suporte para as escolas, contratando inclusive profissionais para compor uma equipe interdisciplinar.

A contribuição da presença desses profissionais nas escolas, entretanto, pode ser assunto controvertido, pois parece que ainda são vistos, e ainda muitos se comportam como estrangeiros e experts. A cultura escolar, por sua vez parece reforçar a demanda pelo trabalho desses profissionais dirigido aos alunos, e nesse aspecto destaca-se a importância dos conselhos profissionais em coibir práticas clínicas nas escolas.

Finalmente cabe destacar que ainda existe muita resistência na contratação de equipes multidisciplinares sob a alegação de que se gasta dinheiro da “educação” com profissionais da “saúde”, que se deve promover a intersetorialidade entre setores responsáveis pelas políticas públicas, quando esses setores parecem eternamente incapazes de assumir demandas que são próprias das escolas, e isso tem levado muitas redes de ensino a investir na composição de suas próprias equipes. Resta, portanto, às universidades formar melhor esses profissionais para o trabalho em contextos educacionais, sendo o modelo de consultoria colaborativa escolar uma potente proposta apontada pela literatura sobre educação inclusiva para essa finalidade.

REFERÊNCIAS

Brasil (2008). *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*. Secretaria de Educação Especial. Brasília, DF. Recuperado de: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16690-politica-nacional-de-educacao-especial-na-perspectiva-da-educacao-inclusiva>

05122014&Itemid=30192> Acesso em: 09 jun. 2021.

Brasil (2014) .*Diretrizes Nacionais para a Educação em Direitos Humanos* Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica.

Brasília (2010). *Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução nº 387, de 18 de set. 2010.* Dispõe sobre as atribuições e competências do profissional especialista em fonoaudiologia educacional. Brasília.

Brasília (2013). Conselho Federal de Psicologia. *Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos (os) na Educação Básica.* Brasília: CFP.

Carvalho, R. E (2004). *Educação Inclusiva: com os pingos nos is.* Porto Alegre: Mediação

Churchley, C.M (2006). *Collaborative Consultation in the context of inclusion.* Flinders University, Adelaide, South Australia,

Desgagné, S (2007). *O conceito de pesquisa colaborativa: a ideia de uma aproximação entre pesquisadores universitários e professores práticos.* Revista Educação em Questão, Natal, 29(15), 7-35.

Dettmer, P. , Thurston, L. P., Dyck, N. (2005) .*Consultation, collaboration, and teamwork for students with special needs*, 5. Boston: Pearson.

Franco, M.L.P.B (2003). *Análise de Conteúdo.* Brasília: Plano Editora,

Friend, M, Cook, L (1995). *Co-teaching: guidelines for creating effective practices. Focus on Exceptional Children*, 28(3), 1-16.

Fullan, M, Hargreaves, A (2000) *A Escola como Organização Aprendente: Buscando uma educação de qualidade*, 2. Porto Alegre: Artes Médicas.

Garcia, M.A. de A.G (1994). *Multiprofissionalismo e intervenção educativa: as escolas, os projectos e as equipas.* Lisboa: Asa

Glat, R, Blanco, L de M.V (2007). *Educação especial no contexto da educação inclusiva.* In: GLAT, R (Org.). *Educação inclusiva: cultura e cotidiano escolar.* Rio de Janeiro: 7 letras.

Ibiapina, I. M. L. de M (2008). *Pesquisa colaborativa, investigação, formação e produção de conhecimentos.* São Paulo: Liber Livros.

Idol, L., Nevin, A.; Paolucci-Whitcomb, P (2000). *Learning process in the classron.* Colaborative Consultation. 3. Austin: Pro-Ed

Januzzi, G.S de M (2012). *A educação do deficiente no Brasil: dos primórdios ao início do século XXI.* 3. Campinas: Autores Associados.

Jordan, A (1994). *Skills in collaborative classroom consultation.* New York: Routledge.

- Kampwirth, T. J (2003). *Collaborative consultation in the schools: effective practices for students with learning and behavior problems*. New Jersey: Merrill Prentice Hall.
- Karagiannis, A., Stainback, W., Stainback, S(1999). *Fundamentos do ensino inclusivo*. In: STAINBACK, W.; STAINBACK, S. (Org.). *Inclusão: um guia para educadores*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 21-34.
- Marquesi, A (2004). *A prática das escolas inclusivas*. In: Coll. C., Marchesi, A.,Palacios, J (Org.). *Transtornos do desenvolvimento e necessidades educativas especiais*, 2. Porto Alegre: Artmed, 31-48.
- Matos, S. N (2012). *Análise de demandas decorrentes da educação inclusiva e das possibilidades de atuação do psicólogo escolar*. (Mestrado em Educação Especial), Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Mazzota, M. J. S (2005) . *Educação Especial no Brasil: histórias e políticas públicas*, 5. São Paulo: Cortez.
- Mendes, E. G.(2008) . *Pesquisas sobre Inclusão Escolar: Revisão da Agenda de um Grupo de Pesquisa*. Revista Eletrônica de Educação,. 2, 1-11.
- Mittler, P.(2005) *Educação Inclusiva: contextos sociais*. Porto Alegre: Artmed.
- Pugach, M. C, Jhonson, L. J (1989). *The challenge of implementing collaboration between general and special education*. *Exception Children*, 56(3), 232-235.
- Smyth, J (1991). *Developing and sustaining the critical*. In: SMYTH. J. *Teachers as collaborative learners: challenging dominant of supervision*. Buckingham: Open University. Press.
- Wood, M (1998). *Whose job is it anyway? Education roles in inclusion*. *Exceptional Children*, 64(2), 181-195.

Aspectos multiprofissionais das práticas integrativas e complementares

Mariana Firmino Daré

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

- > Analisar as práticas integrativas e complementares sob o âmbito cultural e científico.
- > Identificar as práticas integrativas e complementares no rol multiprofissional de atividades em saúde.
- > Descrever os aspectos legais da prática multiprofissional das práticas integrativas e complementares.

Introdução

Neste capítulo, você vai conhecer um pouco mais sobre as práticas integrativas e complementares (PICs). Atualmente as PICs estão sendo incorporadas em ao nosso sistema de saúde – Sistema Único de Saúde (SUS), como métodos eficazes de promover saúde e tratar doenças e agravos na população. O uso das PICs, apesar de algumas delas serem técnicas milenares, tem ganho popularidade e com a sua eficácia comprovada, tem contribuído com resultados positivos na saúde pública, tanto no que tange os aspectos assistenciais do cuidado, bem como no aspecto financeiro e orçamentário do setor saúde.

Dáí vem aumentando a importância que os profissionais de saúde dominem as PICs e integrem esses métodos a sua prática clínico assistencial. Nesse sentido, iremos explorar um pouco mais o contraponto cultural e científico do uso das PICs, além de sua aplicabilidade multiprofissional nos serviços de saúde e por fim, abordaremos a temática em seu aspecto ético legal previsto pelos conselhos de classe profissionais.

Cultura *versus* ciência

Antes de falarmos das PICs em si, é importante iniciarmos um resgate histórico e uma retomada dos conceitos fundamentais. Primeiramente, é preciso entender que a definição de saúde se ampliou e, com isso, ampliam-se também as necessidades de saúde da população.



Fique atento

Após a Segunda Guerra Mundial, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e seu órgão específico de saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS), surgiu um novo e ampliado conceito sobre saúde: não mais um mero estado de ausência de doença, mas um estado de pleno bem-estar biopsicossocial. Dessa forma, o estado de saúde é visto para além do bem-estar físico do indivíduo, contemplando também seu aspecto emocional, mental, espiritual e suas relações com a comunidade e o contexto em que está inserido.

Nesse sentido, a medicina oriental e a medicina ocidental convergem para compreender que o ser humano possui necessidades complexas, não delimitadas a aspectos orgânicos, e que precisam ser equilibradas e harmonizadas entre si, numa perspectiva de integralidade.

Para a medicina científica moderna, isso é um pouco mais teórico. Apesar de compreender, aceitar e ansiar por esse conceito de saúde ampliado, na prática ainda estamos presos a um modelo de saúde focado na doença e sua fisiopatologia. Esse modelo oferece uma assistência extremamente fragmentada e individualizada, dificultando a compreensão do todo.

Já em um modelo assistencial complementar, admite-se que é necessária uma maneira mais abrangente de se tratar o processo saúde-doença. Nesse modelo, o cuidado assume dimensões mais amplas que os procedimentos médicos comuns, indo além do físico, biológico e orgânico, para então assumir e considerar os aspectos sociais, culturais e emocionais dos indivíduos, exigindo uma abordagem multidisciplinar.

Sob esse prisma, os usuários estão inseridos e implicados no processo saúde-doença e, por isso, têm suas necessidades de saúde mais facilmente reconhecidas, acolhidas e satisfeitas em sua integralidade. As PICs representam, desse modo, uma vantagem, pois abrangem métodos não medicamentosos, voltados ao autocuidado, que privilegiam a escuta acolhedora, o vínculo e a integração com o meio ambiente e a comunidade.

Em contraponto a isso, a medicina ocidental tradicional representa problemas ao SUS, seja pela dificuldade de acesso dos usuários aos serviços de saúde ou pelos altos custos para tratar ou paliar. Além disso, em muitos casos os medicamentos alopáticos têm sua eficácia limitada ou comportam efeitos adversos.

Dentre os benefícios do uso das PICs, destacam-se: redução da medicalização, empoderamento e responsabilização dos usuários, redução da frequência de transtornos mentais comuns, baixo custo, possibilidade de minimizar efeitos colaterais na promoção de saúde e promoção do autocuidado (BRASIL, 2012). Entre os principais problemas tratados estão: transtornos mentais, relações sociais, psicossomáticos, insônia e doenças crônicas. As potencialidades e fragilidades citadas nos estudos merecem mais atenção por parte da academia e dos gestores da área da saúde.

Em sua primeira publicação, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) incluía cinco práticas. Atualmente, encontram-se inseridos 29 tipos de práticas, que vão desde medicina tradicional chinesa até constelação familiar. O Quadro 1 apresenta a evolução de ingressos de novas práticas no SUS ao longo do tempo.

Quadro 1. A incorporação das PICs no SUS ao longo do tempo

2006 — 5 PICs no SUS	2017 — mais 14 PICs no SUS	2018 — mais 10 PICs no SUS
Acupuntura	Arteterapia	Apiterapia
Homeopatia	<i>Ayurveda</i>	Aromaterapia
Fitoterapia	Biodança	Bioenergética
Antroposofia	Dança circular	Constelação familiar
Termalismo	Meditação	Cromoterapia
	Musicoterapia	Geoterapia

(*Continua*)

(Continuação)

2006 — 5 PICs no SUS	2017 — mais 14 PICs no SUS	2018 — mais 10 PICs no SUS
	Naturopatia	Hipnoterapia
	Osteopatia	Imposição de mãos
	Quiropraxia	Ozonioterapia
	Reflexoterapia	Terapia de florais
	<i>Reiki</i>	
	<i>Shantala</i>	
	Terapia comunitária integrativa	
	loga	

Cabe apontar que, dentre os métodos contemplados na PNPIC, existem não apenas práticas individuais, mas também recursos coletivos. Os recursos coletivos são especialmente interessantes para apoiar as abordagens mais complexas e abrir espaços para discussões, socialização e quebra de paradigmas, construindo saúde com participação dos usuários.

Além disso, Aguiar, Kanan e Masiero (2019, documento *on-line*) apontam que as seguintes atividades grupais são bastante utilizadas e efetivas, apesar de não estarem elencadas no rol de métodos contemplados pelo SUS: “[...] acompanhamento complementar à saúde: grupos de suporte mútuo; cuidadores de Alzheimer; tenda do conto; grupo de prosa com mulheres; grupo de bordadeiras; grupo de idosos; grupo de caminhadas; grupo de terapia e arte; grupos de contação de histórias”. Além disso, há destaque também para a oração a Deus e a busca de benzedadeiras, que são apontadas como estratégias popularmente utilizadas para o autocuidado, como complemento da assistência em saúde (AGUIAR; KANAN; MASIERO, 2019).

Nesse ponto é de extrema importância sinalizar que as PICs se caracterizam realmente como métodos complementares, ao invés de alternativos, ou seja, devem caminhar junto com os tratamentos alopáticos como um importante aliado que concorrem para o mesmo fim. Assumir que as PICs possam isoladamente dar conta de tratamentos e cuidados para questões complexas de saúde é uma postura retrógrada, que representa um retrocesso à ciência. Na verdade, essa postura inclusive fortalece grupos que se opõem ao uso das PICs,

com a justificativa de que representariam um abandono da ciência moderna. Longe disso, as PICs são uma excelente representação da cientificação do conhecimento empírico popular, a junção da cultura com a pesquisa. Assim, nesse âmbito a prática baseada em evidências deve ser estimulada, aceita e ampliada para que agregue benefícios. Os profissionais que exercem esse modelo de cuidado ofertam alternativas diferentes de promoção da saúde e renovam o entendimento atual, que tende especialmente à medicalização e aos procedimentos invasivos.



Saiba mais

As PICs possuem alta eficácia no tratamento de sintomas como ansiedade e contribuem para a manutenção da saúde mental. Durante a pandemia da Covid-19, para muitos se tornou desafiador lidar com o isolamento social, gerando, além da ansiedade, também estresse e insônia.

A Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz) está desenvolvendo uma pesquisa para saber “Qual tem sido o papel das PICs na mudança da rotina causada pela pandemia?”. Para mais informações, busque pelo termo “PICCovid” na internet e você facilmente encontrará a notícia no site oficial da FioCruz, onde também poderá responder ao questionário e participar da pesquisa.

As PICs na saúde multidisciplinar

Aguiar, Kanan e Masiero (2019) citam uma pesquisa realizada em Minas Gerais com usuários do serviço de saúde pública, em que observou-se que a maioria dos entrevistados aceitaria o uso de PICs caso fossem ofertadas. Outro estudo também citado por Aguiar, Kanan e Masiero (2019) identificou que há aceitação dos profissionais quanto à implementação das PICs na rede pública de saúde, mesmo que haja uma pequena parcela de profissionais que expressa desconfiança acerca dessa proposta.

Assim, pode-se considerar que as PICs são bem aceitas e consensuais entre a maioria dos profissionais de saúde. Porém, dado ao caráter integral e holístico das PICs, é urgente e necessário a ampliação dos conceitos de trabalho em equipe. Na abordagem alopática, o trabalho em equipe pode funcionar quando há um conjunto de pessoas trabalhando em prol de um objetivo comum, mesmo sem partilharem necessariamente o mesmo espaço, sem assumirem uma relação próxima ou sem necessariamente interpoem suas ações. Nesse âmbito, o trabalho em equipe não envolve a interação e a incorporação de diferentes disciplinas ou formações.

Um avanço dentro da medicina convencional seria o trabalho multidisciplinar, o qual relaciona-se com o trabalho em equipes constituídas por profissionais de diferentes formações, mas nesse caso necessariamente com uma inter-relação entre os membros. Por vezes, o trabalho multiprofissional se caracteriza por diferentes disciplinas atuando em um mesmo espaço, com limitada ou nenhuma interação.

Já na perspectiva do trabalho interprofissional, os atores estão implicados no processo de forma interposta, compartilhando os mesmos objetivos, desenvolvendo uma identidade comum a todos em busca de um cuidado integral e considerando a complexidade e o dinamismo das necessidades de saúde do indivíduo e sua comunidade. No trabalho interprofissional, todos os sujeitos implicados são considerados coprodutores das ações em saúde (Figura 1) (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018).



Figura 1. Representação gráfica dos conceitos de trabalho em equipe, trabalho multiprofissional e trabalho interprofissional.

Dessa forma, a integração entre a equipe de saúde — seja para o trabalho multiprofissional ou interprofissional — na concretização das PICs ainda é um desafio a ser superado. Esses desafios devem ser superados pela dinâmica cotidiana de cada um dos profissionais de saúde (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018).

Nascimento e Oliveira (2017) estudaram dados que exemplificam a participação de profissionais de saúde de diferentes categorias e formações nas PICs. Apesar de congregarem 10 categorias profissionais, as PICs são utilizadas sobretudo pelos agentes comunitários em saúde, categoria que está mais próxima à população. Destaca-se a necessidade de que as PICs ainda venham a ser apropriadas pelos demais profissionais, para então avançarmos para a superação dos desafios impostos para a integração do trabalho em equipe. O Quadro 2, a seguir, reproduz as contagens obtidas no estudo de Nascimento e Oliveira (2017).

Quadro 2. Profissionais de saúde Inseridos nas PICs nos serviços de atenção básica

Categoria	Número de profissionais atuantes
Agente comunitário de saúde	16
Enfermeiro	9
Educador físico	8
Médico	7
Nutricionista	4
Psicólogo	3
Auxiliar de enfermagem	3
Dentista	3
Farmacêutico	2
Fonoaudiólogo	1
Total	56

Fonte: Adaptado de Nascimento e Oliveira (2017).

Nesse sentido, alguns aspectos são suscitados por Barros, Spadacio e Costa (2018) a fim de superar os desafios para um trabalho multi/interprofissional. Primeiramente, urge identificar nas equipes pontos para se trabalhar na construção de uma nova lógica no agir profissional e na maneira como o cuidado assistencial é prestado. É imperativo para o trabalho multiprofissional que os profissionais que compõem a equipe estejam alinhados com uma filosofia de cuidado integral, na qual é necessário um esforço acima da sua formação acadêmica formal. Além disso é preciso que os profissionais que trabalham nessa nova perspectiva desenvolvam competências colaborativas que agreguem interação ao trabalho individual e hierarquizado dos serviços de saúde.

Sabe-se que mudanças no padrão de comportamento e pensamento são complexas e exigem dedicação e tempo, pois os profissionais que compõem as equipes de saúde não foram formados na lógica do holismo, da integralidade e do trabalho colaborativo. Vale lembrar que ainda há o predomínio da lógica do poder dos profissionais de nível superior sobre os profissionais de nível médio e de poder da categoria médica sobre as demais categorias (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018).

No entanto, a incorporação das PICs nos serviços de saúde, por seu caráter que transcende o trabalho em equipe e favorece o olhar global sobre o indivíduo, as coletividades e o processo saúde–doença, torna oportuno e necessária a superação desse desafio e permite que avancemos para o trabalho interprofissional.

PICs: uma questão legal

As PICs estão contempladas pelo SUS desde a década de 1980, principalmente em virtude do relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Contudo, sua ampliação no SUS ocorreu por meio da Portaria nº 971, de 2006, em que foi estabelecida a PNPIC.

Porém, além de legitimar as PICs no SUS, a PNPIC legitimou também seu uso por profissionais não médicos. Assim, frente ao crescente incentivo para a ampliação da oferta das PICs no SUS, sua implementação na esfera multiprofissional requer clareza quanto aos aspectos éticos e legais que permeiam o tema.

As diretrizes e ações da PNPIC, recentemente reformuladas e ampliadas pelas Resoluções nº 145 e 849, de 2017, e pela Resolução nº 702, de 2018, estão alicerçadas por políticas nacionais, como a da Atenção Básica (AB), de promoção da saúde e de humanização. Nesse sentido, o Quadro 3 traz um breve respaldo legal para a atuação dos profissionais de saúde nas PICs.

Quadro 3. Lista de regulamentações que oferecem respaldo legal para prática de PICs por parte de cada profissão

Categoria profissional	Regulamentação
Enfermagem	Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 581, de 2018, reconhece 12 PICs como especialidades do enfermeiro.
Medicina	O Conselho Federal de Medicina (CFM), em seu parecer 4/92, reconhece a acupuntura e a fitoterapia. No entanto, em parecer 36/2008 emitido pela regional baiana aponta que terapia holística, antroposofia, osteopatia, massoterapia e reflexologia podal não são atividades médicas.
Farmácia	O Conselho Federal de Farmácia (CFF), nas Resoluções nº 572, de 2013, e nº 611, de 2015, reconhece seis práticas como especialidades do farmacêutico. Já a Portaria nº 1.988, de 2018, atualiza os procedimentos e serviço especializado de PICs.

(Continua)

(Continuação)

Categoria profissional	Regulamentação
Fisioterapia	O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CFFITO), na resolução nº 380, de 2010, regulamenta o uso pelo fisioterapeuta das PICs.
Psicologia	O Tribunal Regional Federal da Primeira Região anulou a Resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) 005/2002, que dispunha sobre a prática da acupuntura pelo psicólogo. Até o momento, não há posicionamento específico por parte do CFP relativo à utilização, por profissionais de psicologia, de tal prática.

Azevedo *et al.* (2019) destacam que, especificamente na enfermagem, a acupuntura pode ser considerada uma tecnologia de cuidado a ser aplicada ao conjunto de intervenções terapêuticas dos enfermeiros, em seus diversos campos de atuação. Esse reconhecimento iniciou em 2008, quando o Cofen regulamentou a atividade de acupuntura e a considerou como especialidade do enfermeiro.

Além disso, atualmente as terapias holísticas e complementares são reafirmadas como especialidade do enfermeiro por meio da Resolução Cofen nº 581, de 2018, garantindo a segurança e o respaldo desse profissional para atuação nesse cenário, bem como para desenvolver pesquisas na área das PICs em geral (AZEVEDO *et al.*, 2019).

Em 2009, o Conselho Nacional de Saúde recomendou à Agência Nacional de Saúde Suplementar que as operadoras de saúde que oferecem serviços de acupuntura incluíssem no seu quadro de profissionais credenciados aqueles de nível superior com especialidade em acupuntura, incluindo os enfermeiros (AZEVEDO *et al.*, 2019). Também em 2012, o Conselho advertiu os gestores e prestadores de serviços de saúde que atentassem para o caráter multiprofissional das PICs em todos os níveis da rede assistencial, bem como na implementação de políticas ou programas de saúde referentes a elas. Aos conselhos estaduais e municipais de saúde, recomendou que adotassem providências oportunas para cumprir a política nacional, a fim de divulgar o caráter multiprofissional da acupuntura e expandir seu acesso (AZEVEDO *et al.*, 2019).

O cenário da legalidade das PICs permanece controverso, mas os conselhos de classe, em especial o Cofen, permanecem firmes no apoio à atuação dos profissionais não médicos nas PICs, entendendo que esse é um ponto crucial para a efetiva incorporação e avanço das PICs no SUS, beneficiando os usuários de saúde, proporcionando acesso e garantindo atendimento de qualidade e resolutividade das necessidades de saúde.

Referências

AGUIAR, J.; KANAN, L. A.; MASIERO, A. V. Práticas integrativas e complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 123, p. 1205–1218, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912318>. Acesso em: 4 dez. 2020.

AZEVEDO, C. *et al.* Práticas integrativas e complementares no âmbito da enfermagem: aspectos legais e panorama acadêmico-assistencial. *Escola Anna Nery*, v. 23, n. 2, e20180389, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0389>. Acesso em: 4 dez. 2020.

BARROS, N. F. de; SPADACIO, C.; COSTA, M. V. da. Trabalho interprofissional e as práticas integrativas e complementares no contexto da atenção primária à saúde: potenciais e desafios. *Saúde em Debate*, v. 42, nesp. 1, p. 163–173, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s111>. Acesso em: 4 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_integrativas_complementares_plantas_medicinais_cab31.pdf. Acesso em: 4 dez. 2020.

NASCIMENTO, C. C. S.; OLIVEIRA, C. M. Educação permanente e serviço social: apontamentos sobre a formação profissional. *Temporalis*, n. 31, p. 133–166, 2017.. Disponível em: <http://portaldepublicacoes.ufes.br/temporalis/article/view/12321>. Acesso em: 4 dez. 2020.

Leituras recomendadas

SARAIVA, A. M.; FERREIRA FILHA, M. de O.; DIAS, M. D. As práticas integrativas como forma de complementaridade ao modelo biomédico: concepções de cuidadoras. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 3, p. 155–163, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750891019.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2020.

TELESI JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estudos Avançados*, v. 30, n. 86, p. 99–112, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100007>. Acesso em: 4 dez. 2020.



Fique atento

Os links para sites da web fornecidos neste capítulo foram todos testados, e seu funcionamento foi comprovado no momento da publicação do material. No entanto, a rede é extremamente dinâmica; suas páginas estão constantemente mudando de local e conteúdo. Assim, os editores declaram não ter qualquer responsabilidade sobre qualidade, precisão ou integralidade das informações referidas em tais links.

A equipe multiprofissional e o trabalho interdisciplinar

Objetivos de aprendizagem

Ao final deste texto, você deve apresentar os seguintes aprendizados:

- Descrever a equipe multiprofissional em relação ao conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde.
- Definir interdisciplinaridade.
- Mapear o trabalho interdisciplinar realizado por uma equipe de saúde multiprofissional.

Introdução

O trabalho em saúde tem se constituído há algumas décadas a partir da relação com diferentes áreas profissionais, formando equipes multiprofissionais, com o objetivo de atender a uma complexidade de demandas na prática cotidiana dos serviços de saúde. A constituição do trabalho multiprofissional foi acompanhada por uma transformação na concepção de saúde e nos modelos de atenção nesse campo, que levou à revisão das bases epistemológicas da formação profissional e à necessidade de maior integração do conhecimento e das áreas de atuação, para uma prática ampliada.

Neste capítulo, você estudará sobre o trabalho em equipe multidisciplinar à luz das discussões sobre as concepções de saúde e suas transformações no campo da saúde. Além disso, conhecerá a interdisciplinaridade e sua articulação com o trabalho interdisciplinar em equipes multiprofissionais.

1 A equipe multiprofissional e a saúde como biopsicossocial

A interdisciplinaridade é a concepção que perpassa a prática dos profissionais de saúde em contexto de atuação de equipes multiprofissionais. Para a compreensão da construção de ações em saúde a partir da integração entre profissionais de diferentes áreas, o primeiro desafio, do ponto de vista teórico e ético, remete ao modelo biomédico de saúde (CAMARGO JUNIOR, 2003). Parte do conhecimento utilizado nesse campo tão complexo está a serviço de práticas normativas, o que implica, invariavelmente, a necessidade de um propósito ético como ideal regulador.



Saiba mais

Foucault (2013), em sua obra *O nascimento da clínica*, considerou a emergência da clínica médica no século XVIII, momento em que houve uma organização da medicina moderna a partir de seu vínculo com o empirismo. Essa alteração deve-se a uma mudança no discurso médico quanto a objetos, conceitos e métodos, que levou ao debate pautado no modelo científico emergente na época. Como demonstra o filósofo, a medicina se revestirá do modelo da ciência moderna para construir seu objeto de estudo e intervenção, formando uma racionalidade anátomo-clínica, que tem como foco a verdade do corpo e do patológico a partir do foco na doença, e não no sujeito doente.

A (in)definição quanto à discussão sobre saúde e integralidade coloca os profissionais da área em uma situação incômoda, ocasionando alguns problemas. Para Camargo Junior (2003), deve-se interrogar se é possível um tipo de atenção que se dirija à totalidade das necessidades de um ser humano, visto que não se deve perder de vista o reconhecimento do indivíduo como singularidade, bem como o fato de categorias profissionais inteiras estarem limitadas para dar conta da complexidade que é o fenômeno da saúde e do humano. Para o autor, os profissionais de saúde devem ter uma compreensão ampliada dos processos de saúde e seus determinantes sociais para que se construa um trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

Na história da concepção de saúde no campo da medicina, o binômio doença-tratamento há muito pautou a prática desse campo a partir do modelo normal/patológico, herança do modelo empírico, classificatório, que trabalha na direção de enquadramento do desvio. Conforme Czeresnia (1999), a racionalidade médica desenvolveu-se a partir da constituição da ciência moderna, mas a construção de representações sobre a realidade encontrou limites na própria realidade, isto é, nas experiências de adoecimento e saúde.

Camargo Junior (2003) destaca que, no campo da medicina, há uma aproximação ao campo das ciências, que vem se constituindo desde a Renascença como ruptura com o pensamento teológico da Idade Média. Esse passo representa uma estruturação do campo para tomar o homem como centro do objeto de conhecimento das disciplinas científicas, um homem objetivado, homem-corpo, um homem sede de doenças. O saber que entende o corpo humano como uma configuração orgânica passível de regularidades, previsibilidades e controle por meio de leis gerais poderia assimilar os objetivos da medicina aos da ciência.

Desde o século XVII, as teorias médicas enfatizam os mecanismos biológicos e as estruturas histopatológicas alteradas pelas doenças em várias partes do organismo. Nesse sentido, o corpo do homem passa a consistir em um conjunto de molas e engrenagens regidas por leis puramente mecânicas. O saber médico, então, volta-se para o saber sobre a doença, e não sobre o homem (terreno no qual a doença se desenvolve). Assim, doença e lesão passam a ter uma relação estreita, não existindo uma sem a outra. Essa montagem teórica é fundamental para o modelo de intervenção médico, visto que reduziu o adoecimento a componentes biológicos, excluindo qualquer outro tipo de componente que pudesse interferir na validade e na fidedignidade dos modelos diagnósticos (CAMARGO JUNIOR, 2003).

Segundo Camargo Junior (2003), não há, propriamente, uma teoria ou um conceito biomédico de doença explicitamente posto (nem mesmo o de saúde é claro, se dando em oposição a doença). Todavia, há algumas proposições que operam como “teoria das doenças”. As entidades doenças são os construtos teórico-operacionais em torno dos quais gira toda a abordagem da biomedicina. Devido ao excesso de importância metodológica que converge para elas, as doenças passam a dominar todo o proceder investigativo (metodológico), teórico e terapêutico biomédico, tornando-se partes da realidade. Desse modo, os biomédicos estão sempre referenciados nelas em sua atividade de cura ou de investigação e têm seu olhar restringido e dirigido por elas e pelos saberes instituídos a seu respeito: evolução, mecanismos fisiopatogênicos, terapêutica, prognóstico.

Essa visão, no modelo biomédico de saúde/doença, fez o profissional deixar de ver o ser humano como um todo integrante do cosmos. A busca do real desequilíbrio se baseia na relação causa-efeito, ou seja, trata-se de estudar o que ocorre na realidade observada de forma “objetiva”. Essa perspectiva pressupõe que a realidade está dada, à espera de um agente cognitivo — o cientista —, e que este extrai suas características essenciais por um processo de representação (CAMARGO JUNIOR, 2003).

Nesse sentido, a doença não pode ser entendida como uma entidade abstrata, fora de um processo de constituição dinâmico, visto que não caberia mais pensar em desequilíbrio do corpo, sendo a intervenção médica a possibilidade de recuperar o funcionamento da máquina (o equilíbrio). Isso marca a impossibilidade de ver a saúde em termos reducionistas, pois envolve uma complexidade de aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana. Camargo Junior (2003) aponta que o paradigma biomédico assentado em uma visão reducionista de doença não pode sustentar a complexidade que é a questão quando envolve um organismo.

O pós-Guerra e a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta um novo conceito de saúde enquanto um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não a mera ausência de doença. Essa definição expressa uma concepção de saúde que vai além do enfoque da doença, mas foi na Conferência de Alma-Ata, nos anos 70, que a concepção de determinantes sociais da saúde passou a ser central para se pensar os processos de saúde e adoecimento. O desenvolvimento de um conceito estipulado por uma organização internacional foi acompanhado de dois modelos de saúde que buscaram pautar as ações em saúde: o modelo multicausal e da determinação social da doença (PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010).

O **modelo multicausal** privilegia uma noção de saúde como um processo, valorizando a prevenção por meio de ações que promovam a saúde e previnam doenças tanto individuais quanto coletivas. Desse modo, segundo Puttini, Pereira Junior e Oliveira (2010, p. 757), o conhecimento epidemiológico ganhou uma nova metodologia para a prevenção e o controle de doenças a partir de dois domínios de promoção da saúde:

[...] o meio externo, de onde interagem determinantes e agentes em relação com o meio ambiente; e o meio interno, onde se desenvolve a doença no organismo vivo. Os fatores externos contribuem para o adoecimento e estão caracterizados pela natureza física, biológica, sociopolítica e cultural. O meio interno é o lugar individual onde se processam modificações químicas, fisiológicas e histológicas próprias da enfermidade no indivíduo doente — enfim, onde atuam fatores hereditário-congênitos, aumento/diminuição das defesas e alterações orgânicas.

O **modelo da determinação social da doença** elabora um novo conceito de epidemiologia, que considera a organização social, especificamente, para a posição social dos indivíduos na estrutura social e o modo como esse aspecto é determinante nas condições de saúde. Nessa perspectiva,

[...] classe social é uma categoria que representa uma condição a ser utilizada, inicialmente, na exploração epidemiológica de uma coletividade. Isso significa dizer que a condição social é um pressuposto primordial para o conhecimento epidemiológico. Interessa, portanto, sistematizar e estudar com maior especificidade os variados processos que resultam em condições de vida e saúde numa dada coletividade. Importa trazer à tona conhecimentos causais da reprodução social das doenças e da saúde ligados ao processo das classes sociais e descobrir valores e contravalores relacionados à saúde e à vida dos indivíduos de uma população (PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010, p. 758).

Puttini, Pereira Junior e Oliveira (2010) entendem que é preciso desfazer uma separação entre realidade biológica e social para que haja o entendimento da complexidade biopsicossocial do ser humano. A ênfase recai sobre a intersecção entre os processos biológicos socialmente moldados, de tal modo que se entenda que os “[...] padrões de organização social e modos de vida estabelecidos numa sociedade possam influenciar padrões biológicos (inclusive genéticos) das novas gerações, ao se tornarem parâmetros que balizam o processo seletivo [...]” (PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010, p. 763).

A proposta de mudança nas práticas de saúde redefine também o lugar dos profissionais, e a proposta de trabalho em equipe multiprofissional torna-se importante. A adoção de uma outra concepção de saúde multicausal, assumida pela OMS, implicou a adoção de práticas que objetivam a saúde global e a prevenção, libertando-se de um modelo unicausal, que esteve ancorado na racionalidade biomédica. Como consequência, houve uma crítica à especialização e ao caráter meramente curativo da prática profissional, valorizando a integração entre diferentes áreas e profissões para uma atuação voltada à integralidade do sujeito (PEDUZZI, 2009).

Essa proposta destaca a necessidade de uma ampliação e alargamento da atuação para contextualizar as necessidades de saúde de indivíduos e populações em um determinado território. O trabalho em equipe constitui-se como uma importante ferramenta para a construção de práticas e saberes que rompam com o modelo unicausal e contribuam para o planejamento do cuidado, levando em conta a complexidade das condições de vida e de saúde nos territórios que atuam. Para tanto, houve a necessidade de uma mudança de modelo de trabalho

uniprofissional para uma prática e educação interprofissional que considerasse a colaboração entre áreas e a centralidade do paciente. Por isso, a formação profissional acompanha as mudanças na concepção de saúde, considerando a prática colaborativa, interativa e integrada (PEDUZZI, 2009).

Nesse contexto de transformações na concepção de saúde, Czeresnia (1999) afirma que a promoção de saúde, diferentemente do modelo preventivo, envolve uma compreensão para além de conceitos precisos e que podem ser medidos, uma vez que há áreas cinzentas no processo de saúde que indicam a complexidade do fenômeno e implicam abordagens trans e interdisciplinares, que possibilitam a identificação de múltiplos determinantes do processo de saúde-doença e a dinâmica de interação entre eles. Por isso, “[...] as propostas de promoção da saúde estão abertas à possibilidade de ampliar práticas para incorporar racionalidades alternativas complementares às características do discurso tradicional da saúde pública [...]” (CZERESNIA, 1999, p. 708, tradução nossa).

2 A interdisciplinaridade

A complexidade e o caráter multifacetado da vida e das relações em sociedade têm sido colocados em destaque devido à necessidade de uma análise integrada. A compreensão dos fenômenos que envolvem as relações humanas e não humanas demanda uma ampliação para olhar todas as dimensões que as atravessam. Por isso, a interdisciplinaridade tem sido apresentada como um caminho para a construção de um olhar sobre a totalidade, construindo um campo de saber com diálogo ampliado.

Segundo Vilela e Mendes (2003), a emergência do conceito de interdisciplinaridade relaciona-se à necessidade de transcender ao caráter fragmentado do conhecimento em diferentes disciplinas. Se até o século XVIII havia uma integração dos saberes, a exemplo do uso da enciclopédia como modelo de unidade, com o desenvolvimento da racionalidade científica na modernidade, há uma separação do conhecimento em diferentes disciplinas.



Saiba mais

A obra *Introdução ao pensamento complexo*, Morin (2007), aborda o paradigma da complexidade ao discutir os pensamentos simples e complexo. Enquanto o pensamento simples é compreendido como um pensamento que cinde os fenômenos, o pensamento complexo seria uma dimensão que considera que os fenômenos não são redutíveis nem passíveis de simplificação. O autor aponta que, na complexidade, a racionalidade é aberta, pois implica uma crítica construtiva, incerteza e diversidade. Nesse sentido, a compreensão do mundo dá-se pela ideia de multiplicação e transformação, não sendo redutível a elementos e partes menores para o conhecimento, como vem sendo entendido pela racionalidade científica moderna. O desafio do pensamento complexo seria, então, a articulação entre diferentes disciplinas e conhecimentos (MORIN, 2007).

No século XIX, consolidam-se as especializações do conhecimento e o crescimento de profissões surgidas a partir da disciplinaridade, tendo cada uma seu objeto de intervenção e estudo. Conforme Pombo (2008), a especialização do conhecimento tornou-se a condição de possibilidade do conhecimento científico, uma vez que expressa as exigências de um programa que, para ser analisado, precisa dividir o seu objeto de estudo em elementos menores.

Foi por meio do paradigma cartesiano e do positivismo comtiano que o processo de fragmentação tornou-se possível. Conforme Vilela e Mendes (2003, p. 526):

Descartes inaugurou definitivamente o pensamento moderno, ao propor o uso disciplinado da razão como caminho para o conhecimento verdadeiro e definitivo da realidade e formulou os princípios dessa nova forma de produção de saberes, caracterizado por uma série de operações de decomposição da coisa a conhecer e pela redução às suas partes mais simples.

Segundo Thiesen (2008), o positivismo comtiano teve uma importante contribuição na fragmentação dos saberes, propiciando a construção de fronteiras e a compartimentação entre as disciplinas, em nome da demarcação de objeto e método. O cartesianismo e o positivismo permitiram que a totalidade fosse dividida em partes menores que possibilitariam a análise, incentivando o surgimento de especializações no interior de disciplinas para dar conta dos mais ínfimos elementos do todo. A ideia que subjaz essa experiência é de que o todo é igual à soma de suas partes.

De acordo com Vilela e Mendes (2003), esse processo, que levou à formação das disciplinas científicas, tem passado por uma revisão, principalmente em virtude da consciência da complexidade dos fenômenos, mas também pelo próprio desenvolvimento científico, que levou à formação de áreas híbridas, como a cibernética, a robótica, as neurociências, entre outras. Thiesen (2008) destaca que têm ocorrido transformações epistemológicas profundas, e, para que possa acompanhá-las, a ciência necessita de um olhar transversal.

A interdisciplinaridade apresenta-se, então, como alternativa para a produção de conhecimento e superação da visão disciplinar. Thiesen (2008) afirma que ela surge com uma necessidade que emerge nos campos das ciências humanas e da educação para superar a fragmentação do conhecimento, encaminhando-se para uma perspectiva dialógica e de integração do conhecimento. Nesse sentido, ele afirma que:

[...] a interdisciplinaridade será sempre uma reação alternativa à abordagem disciplinar normalizadora (seja no ensino ou na pesquisa) dos diversos objetos de estudo. Independente da definição que cada autor assuma, a interdisciplinaridade está sempre situada no campo onde se pensa a possibilidade de superar a fragmentação das ciências e dos conhecimentos produzidos por elas e onde simultaneamente se exprime a resistência sobre um saber parcelado (THIESEN, 2008, p. 547).

Portanto, a interdisciplinaridade diz respeito a uma troca e integração entre disciplinas a partir da intersubjetividade, da interpenetração, que produz a complementaridade de métodos, conceitos e práticas no interior de um projeto comum. Nessa perspectiva, a dimensão disciplinar não é colocada em xeque enquanto aspecto formativo, investigativo e de produção, mas sim como intensificação do diálogo, integração conceitual e metodológica entre esses diferentes campos de saber. Assim, ela seria uma proposta que visa a romper as fronteiras que se estabeleceram entre as disciplinas (THIESEN, 2008).

O trabalho interdisciplinar possibilita atingir camadas cada vez mais profundas e que demonstram a complexidade da realidade. Thiesen (2008) destaca que somente o pensamento complexo sobre a realidade possibilita o avanço e a transformação do conhecimento em direção à contextualização e à articulação. Conforme Pombo (2008, p. 24):

Há muitos objetos do conhecimento que só podem ser constituídos como tal, justamente numa perspectiva interdisciplinar. O clima, a cidade, o trânsito, o ambiente, a cognição, são exemplos de objetos que uma única tradição disciplinar não poderia abarcar nem sequer constituir como objetos de conhecimento, isto é, que só existem como objetos de investigação porque, justamente, é possível pôr em comum várias perspectivas interdisciplinares.

Um pensamento contextual e complexo produz relações, integração e uma leitura multidimensional, dado que a realidade é diversa, múltipla e complexa. Por isso, a interdisciplinaridade seria a ferramenta do processo de formação e de produção do conhecimento que articularia o processo de ensino enquanto atitude e modo de pensar a organização curricular e as opções metodológicas de ensino, orientando a formação dos profissionais.

Como destaca Pombo (2008), interdisciplinaridade é um termo com sentidos múltiplos e instáveis, abrangendo um conjunto amplo e heterogêneo de experiências. Em virtude desses múltiplos sentidos, o termo tem sido tratado tanto em um enfoque epistemológico como em um enfoque pedagógico, o que leva a uma pluralidade de conceitos. Thiesen (2008) aponta que o enfoque epistemológico abrange os aspectos da produção, da reconstrução e da socialização do conhecimento que são tomados para estudo, bem como a constituição das ciências e seus paradigmas. Já o enfoque pedagógico recai sobre o currículo e o processo de ensino-aprendizagem.

A interdisciplinaridade no processo educativo visa à superação da visão fragmentada do conhecimento e caminha para novas formas de produção e socialização profissional. A partir de uma formação interdisciplinar, tem-se uma transformação metodológica e epistemológica que impede a homogeneização e o enquadramento conceitual, de modo a possibilitar um maior diálogo entre diferentes teorias e conceitos (THIESEN, 2008).

Com isso, caminha-se para um aprofundamento da relação entre teoria e prática, contribuindo para uma formação mais crítica e reflexiva sobre o processo de trabalho. Segundo Thiesen (2008, p. 551), “[...] por certo as aprendizagens mais necessárias para estudantes e educadores, neste tempo de complexidade e inteligência interdisciplinar, sejam as de integrar o que foi dicotomizado, religar o que foi desconectado, problematizar o que foi dogmatizado e questionar o que foi imposto como verdade absoluta [...]”.

Conforme Vilela e Mendes (2003), trata-se de uma nova etapa de conhecimento do ser humano e da sociedade e constitui-se em uma filosofia de trabalho que corresponde a uma forma de enfrentar os fenômenos, pois trata da produção de contextos de troca, comunicação e diálogo, gerando a integração de conceitos entre disciplinas para a produção de novos saberes e a resolução de problemas. Nesse sentido, a interdisciplinaridade diz respeito a uma inter-relação e interação das disciplinas em torno de um objetivo comum, em que há uma unificação de conceitos e métodos das diferentes disciplinas como resposta à diversidade e à complexidade do mundo. Esse diálogo possibilita o enriquecimento das disciplinas em nível metodológico e a religação entre conhecimento científico e o mundo vivido, para que se supere a dicotomia entre teoria e prática.

3 Equipes multiprofissionais e interdisciplinaridade

O termo saúde possui, etimologicamente, o sentido de inteiro, integridade, e, por isso, estaria relacionado à complexidade e à visão holística da área. Como o objeto dessa área está situado em diferentes campos de conhecimento, a dimensão da interdisciplinaridade torna-se fundamental, considerando a prática cotidiana voltada à pluralidade de demandas individuais e coletivas relacionadas a esse campo (CUNHA, 2019).

A integralidade em saúde tem sido uma bandeira de luta em prol de valores relacionados à justiça social, que se relaciona a uma perspectiva que perpassa a ideia de profissionais e serviços que consideram a totalidade das necessidades dos sujeitos, as ações e práticas de saúde, bem como a articulação entre assistência e práticas de saúde e as respostas governamentais por meio de políticas intersetoriais. Essa dimensão está presente nas discussões sobre a concepção de saúde da OMS, com vistas à promoção de saúde, bem como nos debates sobre a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe multiprofissional (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017).

Nesse sentido, o debate emerge a partir da compreensão de que o processo de trabalho nos serviços de saúde, organizado com base em equipes multiprofissionais,

[...] se caracterizaria pela busca, também contínua, de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre os diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017, p. 590).

Os serviços de saúde são compostos por equipes multiprofissionais, sendo este trabalho uma possibilidade de expressão da integração entre as disciplinas. Conforme Silva, Miranda e Andrade (2017), as ações em saúde possuem as condições de possibilidade para a produção de novas formas de agir, considerando a integralidade em saúde enquanto ação social que promove a interação entre atores no cotidiano do cuidado em saúde. Essa ações reúnem em um mesmo espaço diferentes perspectivas, disciplinas, atores e demandas que formam o contexto de assistência e cuidado em saúde. Embora o trabalho em equipe remonte à década de 1970, foi a partir da ampliação da saúde pública no contexto brasileiro que a equipe multiprofissional se tornou estruturante do trabalho em saúde.

Assim, interdisciplinaridade e integralidade articulam-se, pois a abordagem integral somente se torna possível a partir dos distintos olhares profissionais que constituem as equipes. Essa perspectiva possibilita uma atenção às demandas de usuários e famílias a partir da escuta, do trabalho de promoção e prevenção que visualize os sujeitos em seu contexto. Tal aspecto implica a interdependência e a complementaridade das ações de outros profissionais, e, com isso, a comunicação torna-se imprescindível para as trocas e a construção coletiva do processo de trabalho (SILVIA; MIRANDA; ANDRADE, 2017).

O reconhecimento de que o saber e o trabalho das diferentes profissões se fazem necessários para a assistência integral é uma das dimensões importantes para a realização do trabalho em equipe. Conforme Silva, Miranda e Andrade (2017, p. 595):

O sentimento de que os diferentes trabalhadores são fundamentais para a realização do serviço reforça a noção de pertencimento à equipe de saúde, produzindo outra forma de comprometimento que rompe as fronteiras de seu saber específico ou de um campo de atuação definido. O trabalhador entende que o cuidado não se restringe a sua ação e que ele é um dos responsáveis pelo serviço, tal qual o músico numa orquestra que, mesmo com o instrumento de sonoridade mais discreta, ou aquele cuja participação se limita a alguns movimentos, se sente como parte fundamental para execução e obra executada.

A equipe multiprofissional com enfoque interdisciplinar propõe-se, então, a superar o problema da fragmentação e da desresponsabilização devido à especialização profissional. Contudo, como destaca Pombo (2008), a mera reunião de profissionais em um mesmo espaço, discutindo casos e planejando ações, não pode ser vista como interdisciplinar, pois ainda são apenas ações presas a um modelo especializado disciplinar. Conforme Silva, Miranda e Andrade (2017), é preciso superar a ideia de que o simples agrupamento de profissionais transformará o trabalho em uma dimensão de trocas de saberes, com a ruptura da especialização, na esperança de que isso levaria a uma horizontalidade do trabalho.

Vilela e Mendes (2003) deixam claro que a interdisciplinaridade na área da saúde coletiva coloca-se como uma exigência em razão de o objeto de trabalho estar relacionado à saúde e aos determinantes sociais. Por isso, faz-se necessário que haja a construção de modelos de formação profissional e a partilha de conhecimentos para que se possa trabalhar em uma perspectiva integradora.

As duas dimensões demonstram que o trabalho em equipe pode ser tanto de agrupamento ou integrador. Na primeira dimensão, apenas se justapõem atores e ações, ao passo que, na segunda, são buscadas a articulação das ações e a interação entre trabalhadores e outros atores do campo da saúde. Assim, faz-se necessário o investimento dos trabalhadores para que haja a produção das ações articuladas, o que requer o reconhecimento da importância da partilha, da troca e da interação e inter-relação entre profissionais para a realização de intervenções, planejamento e construção de ações (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017).

Nesse sentido, o trabalho em equipe multiprofissional leva em consideração os seguintes aspectos:

- especificidade de cada saber técnico;
- produção de consensos;
- compartilhamento e negociação entre distintas necessidades técnicas.

Conforme Silva e Santos (2012), os serviços de saúde precisam identificar suas especificidades, seus contextos e suas demandas para possam construir um espaço integrador. Portanto, a articulação tem por objetivo alinhar diferentes métodos de trabalho, trabalhando a comunicação e a conexão de saberes, a fim de produzir uma outra forma de agir.



Referências

- CAMARGO JUNIOR, K. R. *Biomedicina, saber e ciências: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CUNHA, A. G. *Dicionário etimológico da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Lexikon, 2019.
- CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701–709, 1999.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.
- MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo*. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2007.
- PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPJ, 2009. p. 419–426.
- POMBO, O. Epistemologia da interdisciplinaridade. *Revista Ideação*, Campus de Foz do Iguaçu, v. 10, n. 1, p. 9–40, 2008.

PUTTINI, R. F.; PEREIRA JUNIOR, A.; OLIVEIRA, L. R. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753–767, 2010.

SILVA, L. A.; SANTOS, J. N. Concepções e práticas do trabalho e gestão de equipes multidisciplinares em saúde. *Revista de Ciências da Administração*, Florianópolis, v. 14, n. 34, p. 155–168, 2012.

SILVA, M. V. S.; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 589–599, 2017.

THIESEN, J. S. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 39, p. 545–554, 2008.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 525–531, 2003.