




Interdisciplinariedad: una utopía llena de retos y presente en el discurso - percepciones de los profesionales de la rehabilitación**Interdisciplinaridade: uma utopia repleta de desafios e presente no discurso - percepções de profissionais da reabilitação****Interdisciplinarity: a utopia full of challenges and present in the discourse - perceptions of rehabilitation professionals**

 Ana Cláudia Fernandes¹,  Pedro Henrique Silva Carvalho¹,  Dolors Rodríguez-Martín²
 Rita de Cassia Ietto Montilha

Recibido: 24/04/2023 Aprobado: 27/10/2023 Publicado: 01/11/2023

Objetivo: verificar la percepción de los profesionales sobre el trabajo interdisciplinario en la atención a la salud y rehabilitación de personas con discapacidad visual. **Método:** estudio cualitativo y descriptivo realizado entre 2015 y 2018, a través de entrevistas semiestructuradas con profesionales de un servicio de rehabilitación del interior de São Paulo, Brasil. Se utilizó análisis de contenido para analizar los datos. **Resultados:** participaron 11 profesionales de las siguientes áreas: oftalmología, logopedia, psicología, orientación y movilidad, terapia ocupacional, informática, pedagogía y trabajo social. Surgieron dos categorías: *Interdisciplinariedad: ¿una utopía?* y *(Multi) (Inter) (Trans) disciplinariedad: concepto*. Se señalaron los retos de la interdisciplinariedad relacionados con aspectos personales, grupales, estructurales y conceptuales, que la hacen parecer una utopía. También se observó una incoherencia entre el discurso y la práctica profesional, como lo demuestra el malentendido conceptual entre interdisciplinariedad y multidisciplinariedad. **Conclusión:** Es necesaria una formación continuada que ayude a aclarar dudas conceptuales y prácticas sobre la organización, construcción y desarrollo de un equipo interdisciplinario.

Descriptor: Grupo de atención al paciente; Comunicación interdisciplinaria; Rehabilitación; Servicios de salud para personas con discapacidad.

Objetivo: verificar percepção de profissionais quanto ao trabalho interdisciplinar no cuidado à saúde e reabilitação de pessoas com deficiência visual. **Método:** estudo qualitativo e descritivo realizado entre 2015 e 2018, através de entrevistas semiestructuradas com profissionais de um serviço de reabilitação do interior de São Paulo. Para análise dos dados, utilizou-se técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** Participaram 11 profissionais das áreas de: oftalmologia, fonoaudiologia, psicologia, orientação e mobilidade, terapia ocupacional, informática, pedagogia e assistência social. Emergiram duas categorias: *Interdisciplinaridade: uma utopia?* e *(Multi) (Inter) (Trans) disciplinaridade: conceito*. Apontou-se os desafios à interdisciplinaridade relativos a aspectos pessoais, grupais, estruturais e conceituais, o que faz com que ela seja caracterizada como uma utopia. Também, observou-se incoerência entre discurso e prática profissional, visto por equívoco conceitual entre interdisciplinaridade e multidisciplinaridade. **Conclusão:** aponta-se a necessidade de ações de educação permanente para favorecer o esclarecimento de dúvidas conceituais e práticas referentes à organização, construção e desenvolvimento de uma equipe nos moldes interdisciplinares.

Descriptor: Equipe de assistência ao paciente; Comunicação interdisciplinar; Reabilitação; Serviços de saúde para pessoas com deficiência.

Objective: to verify the perception of professionals regarding interdisciplinary work in health care and rehabilitation of people with visual impairments. **Methods:** qualitative and descriptive study carried out between 2015 and 2018, through semi-structured interviews with professionals from a rehabilitation service in the interior of the state of São Paulo, Brazil. For data analysis, content analysis technique was used. **Results:** 11 professionals from the areas of: ophthalmology, speech therapy, psychology, guidance and mobility, occupational therapy, IT, pedagogy and social assistance participated. Two categories emerged: *Interdisciplinarity: a utopia?* and *(Multi) (Inter) (Trans)disciplinarity: concept*. The challenges to interdisciplinarity related to personal, group, structural and conceptual aspects were highlighted, which causes it to be characterized as a utopia. Also, an inconsistency was observed between discourse and professional practice, seen by a conceptual misunderstanding between interdisciplinarity and multidisciplinarity. **Conclusion:** the need for continuing education actions is highlighted to facilitate the clarification of conceptual and practical doubts regarding the organization, construction and development of a team in an interdisciplinary way.

Descriptors: Patient care team; Interdisciplinary communication; Rehabilitation; Health services for persons with disabilities.

Autor Correspondiente: Ana Cláudia Fernandes – dra.anaclaudiafernandes@gmail.com

1. Programa de Pós-graduação em Saúde, Interdisciplinariedad y Rehabilitación de la Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas/SP, Brasil.

2. Departamento de Enfermería Fundamental y Clínica de la Universidad de Barcelona, Barcelona/Cataluña, España.

3. Departamento de Desenvolvimento Humano y Rehabilitación de la Facultad de Ciencias Médicas, UNICAMP, Campinas/SP, Brasil.

INTRODUCCIÓN

El concepto de discapacidad ha sido replanteado desde que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) publicó la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que fue ratificada por Brasil mediante el Decreto 6949/2009¹. Como la convención es un hito histórico fundamental en la agenda social y política de varios países, en los últimos años se han observado cambios importantes en el paradigma de la discapacidad, alejándose de la perspectiva biomédica/orgánica para adoptar una perspectiva biopsicosocial.

Como tal, la discapacidad es el producto de la interacción entre factores orgánicos y características del entorno físico, social y actitudinal¹, y está implicada en una sociedad poco inclusiva y desestructurada, por lo que el concepto utilizado actualmente es Persona con Discapacidad (PCD), en lugar de discapacitado.

Con base en la Convención¹, en 2015 se promulgó en Brasil la Ley Brasileña para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (LBD)². Según esta ley, existen barreras que limitan o impiden el pleno ejercicio de los derechos fundamentales, como la comunicación, la libertad de movimiento y expresión, el acceso a la información, entre otros².

La LBD divide estas barreras en seis tipos principales, a saber: *barreras urbanas*, las existentes en los espacios de circulación públicos o privados, que dificultan el ejercicio del derecho a ir y venir con autonomía e independencia; *barreras arquitectónicas*, que dificultan el acceso de las personas con discapacidad a edificios públicos o privados; *barreras de transporte*; *barreras de comunicaciones e información*, relacionados con cualquier dificultad para recibir y/o transmitir mensajes e información a través de los sistemas de comunicación; e, *barreras actitudinales*, relativas a actitudes y/o comportamientos que impiden o dificultan la participación de la persona discapacitada en la sociedad; y *barreras tecnológicas*².

Para hacer frente a estas barreras y proporcionar a las personas con discapacidad una vida de autonomía, independencia, calidad y equidad, los procesos de habilitación y/o rehabilitación son primordiales. El proceso de habilitación y/o rehabilitación tiene como objetivo favorecer y legitimar las capacidades y posibilidades del sujeto, dándole la oportunidad de (re)construir su identidad personal y social, por lo que este proceso va mucho más allá de la habilitación o capacitación; es un proceso que empodera a las personas con discapacidad y/o movilidad reducida para desempeñar sus actividades y rol social con autonomía, independencia y calidad de vida^{3,4}.

Según la legislación brasileña vigente (Ordenanza 793/2012), los servicios de habilitación y rehabilitación para personas con discapacidad deben contar con un equipo

multiprofesional e interdisciplinario, además de actuar de forma intersectorial y articulada con los demás servicios que componen la *Red de Atención a Personas con Discapacidad*, en el contexto de la Red de Asistencia Sanitaria (RAS) del Sistema Único de Salud (SUS)⁵.

El trabajo interdisciplinario en el contexto específico de la rehabilitación de personas con discapacidad visual (DV) proporciona a este público una atención integral, en la medida en que la relación entre los profesionales en este modelo organizativo de trabajo se torna más horizontal⁴.

El equipo de salud interdisciplinario se refiere a un funcionamiento grupal basado en el diálogo, en el que cada disciplina se transforma en su relación con las demás, para construir una atención colectiva, considerando los límites y potencialidades de cada disciplina⁶.

Es necesario, sin embargo, diferenciar la interdisciplinariedad de la multidisciplinariedad y de la multiprofesionalidad, ya que esta última corresponde a la presencia de profesionales de diversas áreas del conocimiento en un determinado servicio, sin que haya, sin embargo, una interacción entre ellos y una coordinación que promueva esa interacción, como ocurre en un equipo organizado desde una perspectiva interdisciplinaria⁷. La falta de esta interacción e interrelación contribuye a la fragmentación de los cuidados⁶⁻⁸. La perspectiva multidisciplinaria, por otro lado, se presenta como una yuxtaposición entre varias disciplinas sin la composición de un equipo coordinado y cohesionado⁷.

La interdisciplinariedad y la interprofesionalidad presuponen una actuación basada en la corresponsabilidad del equipo como un todo, hacia una dirección común, con interacción, cohesión e interrelación entre conocimientos, profesionales y otros actores clave^{7,9}. La interprofesionalidad es el correlato práctico de la interdisciplinariedad y es entendida como la actuación de profesionales actuando en equipo, de forma a ir más allá de la integración de saberes propuesta por la interdisciplinariedad y alcanzar la integración de las prácticas de salud en su constitución/construcción práctica en el hacer/promover salud¹⁰.

Sin embargo, se sabe que el trabajo interdisciplinario representa un desafío constante para los equipos de salud, ya que moviliza a los profesionales a articular sus saberes y prácticas con otros colegas, lo que puede generar tensiones y disputas de poder en la toma de decisiones sobre el proceso de tratamiento a personas que necesitan cuidado¹¹. Por eso, para que la interdisciplinariedad se haga realidad, es necesario que haya negociaciones constantes entre los actores implicados (dirección y equipo)¹¹.

Además, la interdisciplinariedad puede concebirse como praxis, es decir, el ejercicio de una acción sobre el mundo, basada en reflexiones teóricas, que lo altera y transforma simultáneamente al propio agente humano¹².

Esta praxis debe incluir tres elementos distintos pero inseparables de la interdisciplinariedad: el *pragmático*, en el que se integran métodos/técnicas para llegar a la solución de un determinado problema práctico, es decir, en el que hay una preocupación con las finalidades de determinados abordajes interdisciplinarios; el *epistemológico*, que corresponde a reflexiones sobre la interacción entre conocimientos científicos de diferentes disciplinas para su transformación en conocimientos de carácter interdisciplinario; y el *humanístico/actitudinal*, en el que el foco está en el diálogo entre los sujetos participantes en un determinado proyecto interdisciplinario y en sus actitudes individuales¹².

El objetivo de este estudio fue verificar la percepción de los profesionales sobre el trabajo interdisciplinario en la atención a la salud y rehabilitación de personas con discapacidad visual.

MÉTODO

Este estudio forma parte de un proyecto titulado *O itinerário da pessoa com deficiência visual nos serviços de saúde e reabilitação em um município da Região Metropolitana de Campinas - SP, Brasil* (“El itinerario de las personas con discapacidad visual en los servicios de salud y rehabilitación en un municipio de la Región Metropolitana de Campinas - São Paulo, Brasil”).

Se trata de un estudio fenomenológico descriptivo de naturaleza cualitativa, que en las ciencias de la salud busca comprender no sólo un fenómeno relacionado con el proceso de salud/enfermedad, sino los significados que el sujeto individual o colectivo presenta sobre este fenómeno que experimenta¹³.

A partir de la recogida de datos se construyó un corpus de entrevistas, que fueron realizadas entre 2015 y 2018 a profesionales de un Servicio de Referencia en Rehabilitación de Personas con Discapacidad Visual y Oftalmología del interior de São Paulo. El servicio en cuestión fue seleccionado por ser referencia para la red de salud de la región en un proyecto más amplio, que examinó otros aspectos relacionados con la rehabilitación de personas con discapacidad visual de forma interdisciplinaria e intersectorial en el ámbito de la salud pública.

Se optó por entrevistas semiestructuradas, realizadas por un logopeda, utilizando entrevistas según un guion elaborado tras un ensayo previo¹³⁻¹⁵. Las entrevistas semiestructuradas buscan garantizar la libertad del entrevistado para expresar sus opiniones/pensamientos sobre el tema por el que se le pregunta, manteniendo al mismo tiempo el foco en ese tema¹³⁻¹⁵.

Durante el período de recogida de datos, se seleccionaron respuestas de profesionales del equipo multidisciplinar del servicio, vinculado al Sistema Único de Salud (SUS).

El proyecto fue aprobado en 2015 por el Comité de Ética en Investigación y en 2017, después de una enmienda, con el número de CAAE 46001215.7.0000.5404 y el número de dictamen 1.135.433/2015. Todos los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI) de acuerdo con el texto presentado y aprobado por el Comité de Ética. Para identificar a los profesionales se utilizó la letra P seguida de un número, con el fin de proteger su identidad y garantizar la protección de sus datos personales.

Los datos se analizaron mediante la técnica de análisis de contenido propuesta por Bardin¹⁶, que se define como un arsenal técnico de procedimientos sistemáticos de análisis y descripción de mensajes con el fin de obtener indicadores que permitan inferir las condiciones de producción y recepción de dichos mensajes. Al basarse en la comprensión de los mensajes de los sujetos de la investigación, puede decirse que el análisis de contenido se ocupa de observar las unidades textuales (palabras y/o frases) que se repiten en un texto para categorizarlas, es decir, caracterizarlas mediante términos que las representen, así como investigar su(s) significado(s)¹³.

Este estudio, por tanto, es una sección de un proyecto más amplio y, por esta razón, los datos que aquí se presentan son una sección para responder a uno de sus objetivos específicos. Para evitar sesgos en las categorías y en la tabulación de los datos, el análisis fue realizado individualmente por cada uno de los investigadores implicados, con la revisión de investigadores experimentados en el campo de la investigación cualitativa nacional e internacional, hasta llegar a un consenso.

RESULTADOS

Participaron once profesionales de oftalmología, logopedia, psicología, orientación y movilidad, terapia ocupacional, informática, pedagogía y asistencia social. Surgieron dos categorías: *Interdisciplinariedad: ¿una utopía?* y *(Multi) (Inter) (Trans) disciplinariedad: concepto*.

Interdisciplinariedad: ¿una utopía?

En esta categoría, todos los participantes consideraron que la interdisciplinariedad es fundamental en el proceso habilitador y rehabilitador. Sin embargo, esto no significa que el trabajo esté exento de contratiempos y desafíos, como ilustran los informes del Cuadro 1.

Cuadro 1. Interdisciplinariedad: ¿una utopía? Campinas, 2018.

<i>Vaya, yo creo que es fundamental, porque son áreas que están interconectadas, entonces es un trabajo que siempre tiene que ser paso a paso en conjunto. Así que lo veo todo conectado, el área de terapia ocupacional, la estimulación visual, porque todo va a favorecer el desarrollo de la persona. (P13).</i>
<i>Es muy importante, porque si no sé dónde está, de repente en alfabetización, o incluso el adulto que está aprendiendo a leer Braille, estaré haciendo un trabajo aislado. (P10).</i>
<i>Vaya, (...), si nos fijamos en los casos que son, es, es, es... exitoso, verdad. Podemos ver el éxito en el desarrollo de estas personas (P3).</i>
<i>Antes incluso teníamos aquí una reunión semanal del equipo, pero ahora, como cada profesional tiene un horario diferente, tenemos que buscar la manera de reunir a todo el equipo para hacer un estudio de caso... (P9)</i>
<i>(...) pero creo que todavía tenemos que mejorar mucho esto, porque para que los profesionales puedan trabajar en este tipo de atención, creo que tienen que estar preparados para ello, tienen que ser humildes para saber reconocer y discutir un caso, tienen que estar dispuestos a aprender también; y si no tienes un equipo preparado para esta interdisciplinariedad, creo que no se da, se pone muy peleón, cierto, pero creo que es un reto para todos los profesionales de la salud, este trabajo en equipo. (P5).</i>
<i>(...) Creo que hay una cuestión que limita este servicio, y es que a veces vas a trabajar a una institución que paga el SUS. ¿Cómo vas a recibir eso? Entonces es una pérdida para ellos. Así que esto es algo que dificulta la atención interdisciplinaria y multidisciplinaria, porque no quieren, a veces la empresa piensa que son dos profesionales para atender a uno. Así que creo que esa es la mayor dificultad. (P4)</i>
<i>(...) aparte del principio, cuando era más complicado, había algunas peleas y ahora es normal. (P7)</i>

(Multi) (Inter) (Trans) disciplinariedad: conceptos

Esta categoría, a su vez, conlleva otro reto para la realización no sólo del trabajo interdisciplinar, sino sobre todo del trabajo en equipo en el ámbito de la rehabilitación, a saber: los aspectos conceptuales relativos a lo que es la multidisciplinariedad, la interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad, de modo que se observaron desacuerdos en estos conceptos, como se muestra en el Cuadro 2.

Cuadro 2: (Multi) (Inter) (Trans) disciplinariedad: conceptos. Campinas, 2018.

<i>(...) Todos son amigos, hablan bien, todo ayuda. Y han las reuniones, vale, que uno pasa a otro, de un área a otro, y siempre ha sido normal... (P7)</i>
<i>El equipo, tenemos una reunión semanal, el equipo cuando lleva cada caso a la mesa redonda, para discutir: "Mira, no me gusto Fulano, cuando Fulano entró en mi habitación, fue muy estúpido, muy así", así que, vale, voy a trabajar con Fulano el tema de la postura. Fulano se acuesta en la mesa todo el tiempo, así que, bueno, el fisio trabajará en eso, correcto. No ha demostrado que parece sordo, duro de oído, se está quedando sordo, bueno, el logopeda está ahí para eso. (P6)</i>
<i>Creo que el trabajo interdisciplinario significa que cada uno está en su habitación proporcionando atención y hay discusiones de casos y todo, cierto, creo que eso es rico y muy importante, pero creo que el trabajo multidisciplinario es aún mejor, porque los profesionales están tan conectados entre sí, la atención es tan conjunta que creo que es más rico. Hoy en día, no se puede pensar en trabajar sin un equipo, sin trabajar de forma interdisciplinar y multidisciplinar, porque creo que el paciente pierde mucho, ya sabes, tú trabajando solo y todo eso. Cuando intercambias, aprendes del otro profesional, aprendes a veces a pensar desde otro punto de vista, miras al paciente y dices "¡Vaya! yo no había pensado en eso", o piensas "¡Vaya! yo pensé... Eso no está tan bien... No está tan mal...". (P5)</i>
<i>Muy importante también, esto es esencial. Este trabajo multidisciplinar es esencial. (P12)</i>
<i>(...) y también tenemos esta armonía de decir "Mira, vamos a hacerlo de esta manera, o no vamos a hacerlo de esa manera..." (...) También he trabajado fuera de aquí con un grupo, muchos grupos con logopedas, los pequeños, trabajábamos con TO y logopedas, la logopeda se centraba en el lenguaje y la comunicación, y yo en el desarrollo, pero, hombre, era tan guay, porque el intercambio era tan grande que había veces que yo trabajaba la comunicación y ella el desarrollo, no sabías quién era qué, porque es lo que es, verdad, es lo que es el ser humano, es un todo. (P4).</i>

DISCUSIÓN

La interdisciplinariedad en la atención a la rehabilitación es descrita por la mayoría de los profesionales como fundamental, pero su discurso y sus prácticas no siempre son coherentes con este concepto.

Los informes de los profesionales P3, P10 y P13 (Cuadro 1) abordan la innegable importancia del trabajo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de las personas con discapacidad visual (DV) y corroboran que la interdisciplinariedad es fundamental en la formación de los profesionales y en la atención a los pacientes¹⁷. Un estudio realizado con 26 profesionales de la salud y la educación demostró que las acciones de salud en las escuelas deben realizarse de forma continua e interdisciplinaria, y también destacó la necesidad de investigaciones que problematicen esta cuestión para concientizar a los profesionales sobre el trabajo interdisciplinario¹⁸.

El trabajo interdisciplinario para la integralidad puede ocurrir en la atención y en el intercambio/compartimiento de informaciones sobre casos atendidos por profesionales de diferentes áreas⁸. Sin embargo, la discusión de casos y el intercambio de información no garantizan que existan, de hecho, prácticas basadas en la interdisciplinariedad y, para verificarlo, sería necesario observar las prácticas diarias de los profesionales en su proceso de trabajo⁸.

La interdisciplinariedad también es vista como la solución para la prestación de una atención integral y resolutoria, de modo que se resolvería el problema de la fragmentación disciplinar en salud¹⁷. Para ello, es necesario invertir en cursos de formación y perfeccionamiento profesional en salud que consideren la perspectiva interdisciplinaria y la práctica interprofesional en el campo de la rehabilitación¹⁹.

Las concepciones controvertidas de la interdisciplinariedad son notables. Esto se debe a que puede entenderse como parte implícita del desarrollo científico, es decir, como el elemento responsable del desarrollo de nuevas disciplinas a través de la integración de las ya existentes, o como una constitución externa a la evolución científica, en la que se produce una articulación entre las esferas de la ciencia, la técnica y la política a través de prácticas de intervención social, como es el caso de la salud^{7,19,20}. Como tal, la interdisciplinariedad no debe ser vista como una panacea para resolver cuestiones tanto en el campo epistemológico y científico como en las prácticas de salud.

La interdisciplinariedad puede considerarse, por tanto, una utopía real, viva y en movimiento, ya que no puede decirse que sea una realidad en sí misma, porque como toda utopía, aspira a un ideal, y por ello, conlleva barreras y dificultades en su realización como

práctica, entre otras cosas porque lo utópico se relaciona precisamente con una cuestión cuya solución no puede alcanzarse completamente, sólo a partir de aproximaciones^{20,21}.

Los retos son inherentes a las utopías, ya que cuanto más se intenta acercarse a su realización, más desafíos y contratiempos presentan. De este modo, la utopía puede entenderse como una especie de “faro” que guía las elecciones y las acciones emprendidas para llegar a un lugar que siempre se aleja a medida que uno se acerca a él²¹.

Los relatos de los profesionales P4, P5, P7 y P9 (Cuadro 1) destacan precisamente los contratiempos y desafíos que el equipo de salud puede enfrentar en su constitución y desarrollo como equipo interdisciplinario, o sea, en su intento de alcanzar esa utopía. Los contratiempos mencionados por los profesionales se refieren a cuestiones personales, es decir, las relacionadas con cada miembro del equipo, cuestiones estructurales, que se refieren a la configuración de las relaciones de poder propias de los servicios/instituciones de salud, y cuestiones grupales, que corresponden a la propia dinámica de funcionamiento del equipo⁶.

En cuanto a las cuestiones personales, de acuerdo con lo relatado por el participante P5 (Cuadro 1), los profesionales que desean trabajar en equipo de salud deben estar abiertos al diálogo, al aprendizaje, a los descubrimientos, al intercambio de información y a las negociaciones, entre otras cuestiones^{6,22,23}. En otras palabras, trabajar en equipo requiere que el profesional desplace su identidad como sujeto perteneciente a un área de actividad específica (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda y otros) hacia una base más amplia, constituida por sus propios conocimientos y prácticas como individuo, para que pueda contribuir al funcionamiento del grupo^{6,11,23}.

En cuanto al funcionamiento de las instituciones/servicios sanitarios (aspectos estructurales), es un hecho que estos servicios acaban perpetuando la jerarquización del conocimiento debido a su propia organización, de forma que en muchos casos la figura del médico aparece como superior en la cadena jerárquica profesional, careciendo así de la horizontalidad necesaria para el funcionamiento de un equipo de salud^{6,24}.

En el orden estructural, como se desprende del informe de P4 (Cuadro 1), son los limitados recursos financieros destinados a la salud los que imposibilitan la contratación de recursos humanos suficientes para establecer un equipo sanitario amplio y multiprofesional.

Sin embargo, el argumento utilizado se basa en que la interdisciplinariedad sólo se caracteriza por la atención conjunta de dos o más profesionales. Esta sería una base plausible, si no fuera porque la atención conjunta es una de las posibilidades del trabajo en equipo interdisciplinar^{10,23}.

También de naturaleza estructural⁶ es la imposibilidad de realizar reuniones de equipo para discutir los casos, lo que se debe principalmente a la gran demanda de servicios, a la falta de tiempo para reunir a todos los profesionales para discutir los casos y al hecho de que muchos de ellos trabajan en más de un establecimiento; estos obstáculos dificultan enormemente el establecimiento de la interdisciplinariedad dentro del equipo^{25,26}.

Otro desafío estructural para la realización de la interdisciplinariedad es el trabajo de los profesionales de las Centros de Apoyo a la Salud de la Familia (CASF) con los Equipos de Salud de la Familia (ESF). La necesidad de cumplir objetivos, es decir, realizar un número determinado de consultas en un período determinado, impide que los profesionales dispongan de tiempo suficiente para las reuniones de equipo y la elaboración de proyectos terapéuticos singulares (PTS), que contemplen efectivamente la interdisciplinariedad y la interprofesionalidad^{25,26,27}.

Por otro lado, los impasses relativos a las relaciones, a la comunicación y a los fenómenos grupales, destacados en los relatos de P5 y P7 (Cuadro 1), se deben a las tensiones existentes en el propio campo grupal, en el que cada participante proyecta reacciones conscientes e inconscientes en el otro, lo que puede generar una relación tensa y, consecuentemente, “*algunas peleas*”, como relató P7 (Cuadro 1)^{6,22,23}. En este sentido, se considera necesario el papel de un coordinador entre los profesionales del equipo, sin por ello excluirlos de su papel de compartir sus experiencias, informaciones y conocimientos con el grupo para construir el seguimiento terapéutico de cada usuario del servicio.

En este sentido, considerando el equipo como un grupo, el papel del coordinador es pensar junto con este grupo y, al mismo tiempo, sintetizar las reflexiones de los diferentes profesionales, con vistas a facilitar la comunicación y la interacción entre el equipo y, en consecuencia, favorecer la creación de un verdadero equipo interdisciplinar²⁷.

Con la presencia de un coordinador, es posible realizar actividades grupales como forma de resolver conflictos dentro del grupo, es decir, referentes a las relaciones interpersonales entre sus miembros, y así mejorar esas relaciones en busca de la construcción conjunta, así como de la calidad de la atención ofrecida a la población, ya que el desarrollo interpersonal favorece las relaciones en el trabajo y el trabajo mismo^{26,27}.

Los principales desafíos señalados fueron personales, grupales y estructurales⁶. Las cuestiones personales y de grupo incluyen las tensiones intra e interpersonales, el egocentrismo, el individualismo y la competencia, que refuerzan las relaciones de poder y conocimiento entre los profesionales y entre el personal y la dirección. Las cuestiones estructurales incluyen la falta de tiempo y espacio físico, la falta de inversión financiera y la

presencia de protocolos que abogan por el cumplimiento de objetivos (cuantitativo) en detrimento de la calidad de la atención (cualitativo).

Así, se puede inferir que la interdisciplinariedad presupone una relación entre los propios profesionales, que deben estar abiertos a aprender y aprehender temas de otras disciplinas, valorizando el diálogo, las interacciones, el respeto recíproco y el intercambio de informaciones y experiencias en un contexto grupal, buscando la atención integral^{7,11,12}.

Sin embargo, en los informes de P6 y P7 (cuadro 2), a pesar de la importancia de las interacciones dialógicas, el trabajo interdisciplinario es visto como una reunión de profesionales para dividir tareas y responsabilidades de acuerdo con el área de actuación de cada profesional; no se destaca la discusión y el intercambio de experiencias entre los miembros del equipo para que, durante el diálogo, se pueda establecer una dirección común para cada caso^{22,25}. Los informes, por otro lado, destacan aún más la fragmentación de la atención, tan común en el sistema de salud brasileño, en la medida en que defienden que “*un área pase a otra*” la responsabilidad de resolver una determinada cuestión planteada por el paciente, sin establecer un PTS basado en la atención integral⁷.

En este sentido, es evidente la dificultad de los profesionales en pensar/actuar desde una perspectiva interdisciplinaria e interprofesional, ya que no ven la interdisciplinariedad como compartir responsabilidades e intercambiar ideas y puntos de vista entre profesionales y disciplinas en relación a cada caso, sino como una división/segregación/fragmentación de sus responsabilidades.

Por esta razón, a pesar de que los profesionales mencionaron la cuestión de la interacción dialógica en el funcionamiento del equipo como uno de los presupuestos para alcanzar la interdisciplinariedad, todavía existe una brecha entre el discurso y la práctica profesional, incluso ante un escenario legislativo que aboga por la actuación multiprofesional e interdisciplinaria en la rehabilitación de personas con discapacidad^{2,4,10,12}.

Se observa en los relatos del profesional P7 (Cuadro 2), que aunque se refiera a la interdisciplinariedad, aborda aspectos de la multidisciplinariedad, pues destaca la presencia de miembros del equipo en las reuniones de discusión de casos, pero sin la existencia de un intercambio de ideas que transforme cada disciplina en contacto con las demás, para lograr un camino común para cada persona atendida^{6,7,8}, sólo la división de tareas.

Otros informes muestran este malentendido epistemológico entre los conceptos de multidisciplinariedad e interdisciplinariedad, como los de los profesionales P5 y P12 (Cuadro 2). En estos informes, el malentendido conceptual se debe a la utilización de los términos multidisciplinaria e interdisciplinaria no como formas diferentes de relación que se establecen

entre los miembros de un equipo, sino que se atribuyen conceptos distintos a dos posibilidades de trabajar desde una perspectiva interdisciplinar: la discusión de casos y la atención conjunta⁶⁻⁹.

Un estudio²³ que relata dos casos atendidos por una pareja de terapeutas en atención conjunta destaca que la perspectiva interdisciplinar debe basarse en el concepto de terapeuta común, definido como un grado de sintonía en el que es posible alcanzar la transdisciplinariedad, es decir, la atención conjunta en sí misma no es suficiente para garantizar la interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad en la atención al paciente, ya que estas características vendrán definidas por la relación que se establezca entre los profesionales.

La transdisciplinariedad se entiende como una forma de trabajo en la que los profesionales trascienden sus propias disciplinas, de modo que surge un nuevo campo de conocimientos y prácticas diferente de todas las disciplinas que lo componen; es decir, el todo resultante acaba siendo diferente de cada una de sus partes y de la mera suma de ellas^{6,7}.

Esta perspectiva transdisciplinar está presente en el informe del profesional P4 (Cuadro 2), en el que se observa la ruptura de las fronteras de las prácticas establecidas por los centros de actuación en situaciones de atención conjunta.

También es importante el concepto de intersectorialidad mencionado en la Red de Atención a Personas con Discapacidad⁵. Se refiere a la interacción entre diversos servicios, ya sean educativos, sanitarios o asistenciales, con el objetivo de proporcionar una atención integral a los pacientes^{18,28}.

Este concepto es un elemento clave para reducir lo que se conoce como "*desigualdades sociales en salud*" (DSS) porque afecta a los determinantes de la salud de la población y, si se lleva a cabo a partir de una gestión asistencial distribuida entre diferentes sectores, como el sanitario, el educativo y el asistencial, puede convertirse en una estrategia de promoción de la salud y de empoderamiento de la comunidad para hacer frente a estos determinantes^{4,29}.

En el contexto de la atención a las personas con discapacidad, este concepto se entiende como la integración de los sectores con miras a equipar al individuo para hacer frente a las desigualdades que le imponen las barreras ya introducidas, lo que le hará capaz de luchar por sus derechos y los de sus pares, y participar así en el proceso continuo de promoción de la inclusión^{2,4,5,29}.

Se entiende aquí, sin embargo, que es necesaria una comunicación intersectorial eficaz entre los sectores. Para establecer este vínculo de comunicación y, consecuentemente, la efectividad del trabajo intersectorial y la atención integral del paciente, son fundamentales los

procesos de referencia, desde la atención primaria de salud hacia un nivel más complejo y/o especializado, y de contrarreferencia, devolviendo el caso a la atención primaria de salud³⁰.

CONCLUSIÓN

La interdisciplinariedad se consideró un paso clave hacia la atención integral y humanizada, tal y como propugna la legislación vigente. Es una utopía real que está presente en las prácticas y discursos, incluso con sus muchos desafíos, y esto se destaca aquí como una forma significativa de reflexionar sobre el trabajo interdisciplinario en el campo de la salud y la rehabilitación.

Los desafíos al trabajo interdisciplinario fueron personales, grupales, estructurales y conceptuales. La interdisciplinariedad mostró la confusión conceptual como uno de los principales desafíos para un trabajo interdisciplinario eficaz. Esto pone de relieve la importancia de la formación continua para ayudar a aclarar las dudas conceptuales y prácticas relativas a la organización, construcción y desarrollo de un equipo interdisciplinario.

Aunque la interdisciplinariedad se haya destacado como esencial para el trabajo de rehabilitación, no puede ni debe considerarse, por sí sola, como la solución a todas las cuestiones sanitarias que se plantean, ya que es ilusorio imaginar que tal o cual forma de trabajar en equipo sea siempre capaz de garantizar la mejor atención al individuo atendido. Esto no reduce la importancia del trabajo interdisciplinario, sino que, por el contrario, refuerza la necesidad de una perspectiva y un enfoque interprofesionales e intersectoriales, además de la interdisciplinariedad.

La reflexión y el debate sobre la intersectorialidad son necesarios entre la comunidad académica y los profesionales de la salud, la rehabilitación y otros sectores. Esto pone de relieve la necesidad de nuevas investigaciones que puedan proponer soluciones a los desafíos de la interdisciplinariedad en la práctica y de estudios que relacionen la interprofesionalidad y la intersectorialidad con la interdisciplinariedad, destacando sus retos y beneficios.

En cuanto a las limitaciones del estudio, están las propias de un estudio cualitativo, en el que, en el caso de las entrevistas, puede haber dificultades para expresar y comunicar significados de forma clara y concisa. También está la imposibilidad de hacer generalizaciones. Sin embargo, cabe destacar que los estudios con un enfoque cualitativo tienden a valorar los fenómenos sociales tal y como se presentan en la realidad, en el momento y en su contexto, lo que proporciona a la ciencia innumerables provocaciones que impulsan a seguir investigando, que es lo que se espera que generen los resultados de este estudio.

REFERENCIAS

1. Brasil. Decreto n.º 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007 [Internet]. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2009 [citado 20 oct. 2023]. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm
2. Brasil. Lei n.º 13.146 de 6 de julho de 2015: Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) [Internet]. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2015 [citado 20 oct. 2023]. Disponible en: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm
3. Nevala N, Pehkonen I, Teittinen A, Vesala HT, Pörtfors P, Anttila H. The effectiveness of rehabilitation interventions on the employment and functioning of people with intellectual disabilities: a systematic review. *J Occup Rehabil* [Internet]. 2019 [citado 19 oct 2023]; 29:773-802. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10926-019-09837-2>. DOI: 10.1007/s10926-019-09837-2
4. Siaulyš MOC, Ormelezi EM, Oka CM, Meo NM. A instituição especializada e o trabalho interdisciplinar como promoção da inclusão da pessoa com deficiência visual. In: Haddad MAO, Sampaio MW, Susanna Jr. R. *Reabilitação em Oftalmologia*. Barueri: Editora Manole; 2020, p. 345-362.
5. Brasil. Portaria n.º 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 20 oct. 2023]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html
6. Galván GB. Equipes de saúde: o desafio da integração disciplinar. *Rev SBPH* [Internet]. 2007 [citado 21 feb. 2022]; 10(2):53-61. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000200007
7. Flores-Sandoval C, Sibbald S, Ryan BL, Orange JB. Healthcare teams and patient-related terminology: a review of concepts and uses. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2021 [citado 19 oct 2023]; 35:55-66. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/scs.12843>. doi: 10.1111/scs.12843
8. Ferro LF, Silva EC, Zimmermann AB, Castanharo RCT, Oliveira FRL. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. *Mundo Saúde* [Internet]. 2014 [citado 20 oct. 2023]; 38(2):129-38. Disponible en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/interdisciplinariedade_intersetorialidade_estrategia_saude_familia.pdf. doi: 10.15343/0104-7809.20143802129138
9. Bastos IG, Santana AAS, Bastos RG. Interdisciplinaridade na saúde: um instrumento para o sucesso. *REBRACISA* [Internet]. 2017 [citado 20 oct. 2023]; 1(1):40-4. Disponible en: <https://periodicos.uesc.br/index.php/rebracisa/article/view/1426>
10. Farias DN, Ribeiro KSQS, Anjos UU, Brito GEG. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na Estratégia de Saúde da Família. *Trab Educ Saúde* 2018 [citado 20 oct 2023]; 16(1):141-62. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1981-77462018000100141&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. doi: 10.1590/1981-7746-sol00098
11. Ferrell B, Buller H, Paice J, Anderson W, Donesky D. End-of-Life Nursing and education consortium communication curriculum for interdisciplinary palliative care teams. *J Palliat Med*. [Internet]. 2019 [citado 19 oct 2023]; 22(9):1082-91. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/jpm.2018.0645>. doi: 10.1089/jpm.2018.0645
12. Ramos LOL, Ferreira RA. Sobre uma práxis interdisciplinar: aproximações e proposições conceituais. *Rev Bras Estud Pedagog*. [Internet]. 2020 [citado 14 oct 2023]; 101(257):197-216. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbeped/a/MKFWNkddtb8JQ7dpd59wDgm/?lang=pt>. DOI: 10.24109/2176-6681.rbep.101i257.4353
13. Marconi MA, Lakatos EM. *Abordagem Qualitativa*. In: Marconi MA, Lakatos EM. *Metodologia Científica*. 7 ed. São Paulo: Atlas; 2019. p. 300-323

14. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de Pesquisa. In: Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de Pesquisa. 9 ed. Rio de Janeiro: Atlas; 2021. p. 128-135.
15. Gil AC. Método e técnicas de pesquisa social. 7 ed. São Paulo: Atlas; 2021. 230 p.
16. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016. 280 p.
17. Corrêa Nascimento GC, Montilha RCI. Avaliação de curso de formação interdisciplinar em saúde ocular na intervenção precoce: perspectiva dos participantes. REFACS [Internet]. 2022 [citado 20 oct 2023]; 10(1):21-32. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/5048/5827>. doi: 10.18554/refacs.v10i0.5048
18. Schneider SA, Magalhães CR, Almeida AN. Percepções de educadores e profissionais de saúde sobre interdisciplinaridade no contexto do Programa Saúde na Escola. Interface (Botucatu) [Internet]. 2022 [citado 19 oct 2023]; 26:e210191. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/dr4YJSfvkxChHWzNfNgGDL/>. doi:10.1590/interface.210191
19. Baquião APSS, Carvalho SM, Peres RS, Mármora CHC, Silva WMD, Grincenkov FRS. Percepções de residentes multiprofissionais de saúde sobre a interdisciplinaridade. Saúde e pesqui. 2019 [citado 20 oct 2023]; 12(1):187-96. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6919>. doi: 10.17765/2176-9206.2019v12n1p187-196
20. Minayo MCS. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? Saúde Soc. [Internet]. 1994 [citado 20 oct 2023]; 3(2):42-63. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/pNYKPZzykf94Yp6F7cppZzm/>. doi: 10.1590/S0104-12901994000200004
21. Rodrigues D. A Inclusão como Direito Humano Emergente. In: Borges ML, Luísa C, Martins MH, (cords.). I Congresso Internacional Direitos Humanos e Escola Inclusiva: Construindo Boas Práticas. Faro: Universidade do Algarve; 2015 [citado 20 oct 2023]. p. 6-16. Disponível em: <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/6101/4/Atas%20%20DHEI%2014%2012%202015%20Final.pdf>
22. Asselin J, Osunlana AM, Ogunleye AA, Sharma AM, Campbell-Scherer D. Challenges in interdisciplinary weight management in primary care: lessons learned from the 5As Team study. Clin Obes. [Internet]. 2016 [citado 20 oct 2023]; 6(2):124-32. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cob.12133>. doi: 10.1111/cob.12133
23. Schmitt PM, Fattore IM, Halberstadt BF, Santos TD, Souza APR. Atendimento em dupla como modalidade de intervenção interdisciplinar na clínica com crianças pequenas. Distúrbios Comun. [Internet]. 2019 [citado 20 oct 2023]; 31(2):196-206. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/38658>. doi: 10.23925/2176-2724.2019v31i2p196-206
24. Spagnol CA, Ribeiro RP, Araújo MGF, Andrade WV, Luzia RWS, Santos CR, et al. Interprofissionalidade e interdisciplinaridade em saúde: reflexões sobre resistências a partir de conceitos da Análise Institucional. Saúde em Debate [Internet]. 2022 [citado 20 oct 2023]; 46(spe6):185-95. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3WbYyH47DWqjn9HCBSp8sZn/?lang=pt#>. doi: 10.1590/0103-11042022E616
25. Matuda CG, Frazão P, Martins CL, Pinto NRS. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2015 [citado 20 oct 2023]; 20(8):2511-21. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JmKzRwJ4gpgxPP9YnMTQtts/?lang=pt> doi: 10.1590/1413-81232015208.11652014
26. Cintra TS, Doricci GC, Guanaes-Lorenzi C. Dinâmicas relacionais de equipes na estratégia de saúde da família. Rev SPAGESP [Internet]. 2019 [citado 20 oct 2023]; 20(1):24-38. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702019000100003&lng=pt
27. Dias MAS, Rodrigues PV, Moita MP, Silva LCC, Brito MCC. Núcleo Ampliado de Saúde da Família: análise a partir dos conceitos fundamentais e atributos do trabalho em equipe. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2023 [citado 19 oct 2023]; 28(8):2303-12. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/mqGSXXQkLDSFB8VWZhgpPcr/?lang=pt>. doi: 10.1590/1413-81232023288.06602023

28. Radder DLM, Nonnekes J, van Nimwegen M, Eggers C, Abbruzzese G, Alves G, et al. Recommendations for the organization of multidisciplinary clinical care teams in Parkinson's Disease. J Parkinson's Dis. [Internet]. 2020 [citado 19 oct 2023];10(3):1087-98. Disponible en: <https://content.iospress.com/articles/journal-of-parkinsons-disease/jpd202078>. doi: 10.3233/JPD-202078

29. Gallardo MDPS. Intersetorialidade, a chave para enfrentar as desigualdades sociais em saúde. Rev Lat Am Enferm. [Internet]. 2019 [citado 24 oct 2023]; 27:e3124. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/zbXZh4dpQc6fTpbkvmGfcDn/?format=pdf&lang=pt> doi: 10.1590/1518-8345.0000-3124

30. Oliveira CCRB, Silva EAL, Souza MKB. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. Physis (Rio J.) [Internet]. 2021 [citado 19 oct. 2023]; 31(1):e310105. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/physis/a/3vhh4QL7xRM8tkRzZdcHZhK/?lang=pt>. doi: 10.1590/S0103-73312021310105

Editor Asociado: Rafael Gomes Ditterich.

Conflicto de Intereses: los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Financiación: Tesis doctoral financiada por la Coordinación para el Perfeccionamiento del Personal de Enseñanza Superior - CAPES - Demanda Social 001, con Beca de Internacionalización CAPES PrInt n.º Proceso 88887.467503/2019-00. Fundación de Amparo a la Investigación del Estado de São Paulo (FAPESP) a la Iniciación Científica asociada n.º 2019/01238-7.

CONTRIBUCIONES

Ana Cláudia Fernandes colaboró en la concepción, la recogida y el análisis de datos, la redacción y la revisión. **Dolors Rodríguez-Martín** y **Rita de Cassia Ietto Montilha** contribuyeron a la concepción, redacción y revisión. **Pedro Henrique Silva Carvalho** participó en la recogida y el análisis de datos, la redacción y la revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Fernandes AC, Carvalho PHS, Rodríguez-Martín D, Montilha RCI. Interdisciplinarietà: una utopía llena de retos y presente en el discurso - percepciones de los profesionales de la rehabilitación. Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. [Internet]. 2023 [citado el *insertar el día, mes y año de acceso*]; 11(2):e6818. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (ABNT)

FERNANDES, A. C.; CARVALHO, P. H. S.; RODRÍGUEZ-MARTÍN, D.; MONTILHA, R. C. I. Interdisciplinarietà: una utopía llena de retos y presente en el discurso - percepciones de los profesionales de la rehabilitación. **Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.**, Uberaba, MG, v. 11, n. 2, p. e6818, 2023 DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso el: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Fernandes, A.C., Carvalho, P.H.S., Rodríguez-Martín, D., & Montilha, R.C.I. (2023). Interdisciplinarietà: una utopía llena de retos y presente en el discurso - percepciones de los profesionales de la rehabilitación. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, 11(2), e6818. Recuperado el: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons