



Enfermería Global

E-ISSN: 1695-6141

eglobal@um.es

Universidad de Murcia

España

Santos Koerich, M.; Stein Backes, D.; Macêdo de Sousa, FG.; Erdmann, AL.
LA EMERGENCIA DE LA INTEGRALIDAD E INTERDISCIPLINARIDAD EN EL SISTEMA DE
CUIDADO EN SALUD
Enfermería Global, vol. 8, núm. 3, octubre, 2009, pp. 1-10
Universidad de Murcia
Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834753018>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org



ISSN 1695-6141

Nº 17

Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería

Octubre 2009

www.um.es/eglobal/

REFLEXIONES - ENSAYOS

LA EMERGENCIA DE LA INTEGRALIDAD E INTERDISCIPLINARIDAD EN EL SISTEMA DE CUIDADO EN SALUD

A EMERGÊNCIA DA INTEGRALIDADE E INTERDISCIPLINARIDADE NO SISTEMA DE CUIDADOS EM SAÚDE

*Santos Koerich, M., **Stein Backes, D., ***Macêdo de Sousa, FG., ****Erdmann, AL.

*Mestre em Enfermagem. Professora Assistente 3 do Departamento de Patologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração de Enfermagem e Saúde (GEPADES). **Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA. Membro do GEPADES. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde (GEPESES). ***Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Membro do GEPADES. ****Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Titular UFSC. Pesquisadora 1A do CNPq. Coordenadora do GEPADES. Brasil.

Palabras clave: Asistencia Integral de la salud; Asistencia centrada en el paciente; Ética
Palavras-chave: Assistência integral à saúde; Assistência centrada no paciente; Ética..

RESUMEN

A partir de un estudio cualitativo cuyo objetivo ha sido construir un modelo teórico sobre el significado del sistema de cuidados para los profesionales de la salud, la interdisciplinariedad e integralidad en las acciones de salud se destacaron como herramientas importantes para las prácticas del cuidado. El texto tiene como objetivo discutir la integralidad del cuidado y la interdisciplinariedad como herramientas para el cuidado en salud y la responsabilidad como el principio ético para las acciones del cuidado. Trae algunas reflexiones para la revisión del sistema de cuidados en relación a modelos integradores e interdisciplinarios que atiendan a las exigencias de una realidad que se aproxime a la naturaleza y dimensión de lo humano en los escenarios del cuidado a la salud.

RESUMO

Em estudo anterior construiu-se modelo teórico sobre o significado do sistema de cuidados para profissionais da saúde. As categorias interdisciplinaridade e integralidade destacaram-se como ferramentas essenciais do cuidado. Nosso objetivo é discutir a integralidade e interdisciplinaridade como ferramentas para o cuidado em saúde e a responsabilidade como o princípio ético para ações

de cuidado. Traz reflexões para revisão do sistema de cuidados em direção a modelos integradores e interdisciplinares que se aproximem da natureza e dimensão do humano, nos cenários do cuidado à saúde. Para reduzir a fragmentação do saber e das práticas em saúde e alcançar o homem-sujeito nas suas várias dimensões, a interdisciplinaridade e a integralidade se constituem na prática necessária do Sistema de Cuidados. Para o cuidado em saúde pautado em ações interdisciplinares, integrais/integradoras, torna-se premente a reflexão quanto à responsabilidade ética dos profissionais envolvidos com o cuidar. Mas, como envolvê-los nessa prática?

ABSTRACT

From a quality study that aimed to build a theoretical model about the understanding of the Health Care System, interdisciplinary and integrality actions were pointed out as important tools of health care actions. The purpose of this text was to discuss the integrality and the interdisciplinary actions of health care as a tool; as well as responsibility as an ethical principle for health care actions. Some thoughts arouse as to the review of the health care system regarding integrated and interdisciplinary models that meet the realistic demands and dimensions of human nature in health care scenarios.

INTRODUCCIÓN

El cuidado, en cuanto sistema complejo, va más allá de la simple interacción e integración de los saberes, apunta a la superación de las fronteras disciplinarias y, a la vez, refleja y amplía las discusiones acerca de las múltiples dimensiones que atañen al ser humano¹.

Para abordar el sistema de cuidados es necesario, inicialmente, pensar en la relación entre las políticas de salud y la organización de los servicios para luego alcanzar la individualidad y autonomía de las prácticas profesionales en salud. Por otro lado, hay que comprender el cuidado como sistema vital y dinámico, lo que implica la construcción de redes no lineales. De esta forma, en un sistema de cuidados, la visión sectorial y fragmentada en salud cede paso a una visión compleja del proceso salud-enfermedad y del cuidado.

En este sentido, el sistema de cuidados a la salud/enfermedad es un colectivo constituido por la totalidad de las prácticas, de las actitudes y del conocimiento de los varios profesionales que dan sustentación a la dinámica del cuidado. La organización del sistema de cuidados debe, por lo tanto, basarse en la acción y en el saber compartido de los varios profesionales y en el trabajo en equipo, que se exprese en la complicidad de la red entre usuarios y profesionales y que apunte a prácticas interdisciplinares con la intención de alcanzar la integralidad del ser humano.

También, bajo la visión ética y bioética, se hace apremiante la reflexión sobre la responsabilidad de los profesionales involucrados con el “cuidar”. La responsabilidad “indica la posibilidad de prever los efectos de un comportamiento y de corregirlo antes de su realización, con base en la previsión”^{2:93}. Esa idea “expresa una preocupación con el resultado final del comportamiento”^{2:94}. Exige el actuar con moderación, con prudencia o precaución, buscando evitar las conductas con probabilidades de inseguridad.

La ética de la responsabilidad y la bioética conducen a la responsabilidad para con las cuestiones del cotidiano y de las relaciones humanas en todas las dimensiones. En esta visión ampliada, el comportamiento ético en actividades de salud no se limita al individuo, debiendo tener, también, un enfoque de responsabilidad social y ampliación de los derechos de la ciudadanía, toda vez que sin ciudadanía no hay salud³.

De este modo, al transferir estos conceptos al cuidado en salud, destacamos la necesidad de la interdisciplinariedad e integralidad en las acciones, que se imponen como una actitud coherente con los principios bioéticos, en especial, la responsabilidad a ser seguida por los profesionales de la salud. La interdisciplinariedad viabiliza el ajuste del lenguaje entre las especialidades y favorece la relación entre las diferentes asignaturas/profesiones. La integralidad de las acciones en salud favorece la actuación responsable de los profesionales involucrados con el cuidar/tratar/curar.

Esas consideraciones fundamentan varios estudios desarrollados en el Grupo de Estudios e Investigaciones en Administración de Enfermería y Salud – GEPADES, junto al Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina. Tales reflexiones nos han estimulado a elaborar cuestiones sobre la contribución de la integralidad en el cuidado, del saber interdisciplinario y del pensamiento complejo para las prácticas en salud.

Un estudio anterior, desarrollado por las autoras, resultó en el modelo teórico Construyendo el Sistema Complejo de Cuidados⁴, y condujo a la posibilidad de convivencia y de afrontamiento de una lógica disciplinar fragmentada y de rupturas con la linealidad de las acciones y de las prácticas de cuidado en salud. En busca de esclarecimientos, a partir del análisis de los datos brutos y, con una mirada más atenta, se percibe que, paralelamente a la emergencia de este modelo teórico, los significados de sistema de cuidados eran permeados por la integralidad y por la interdisciplinariedad. Esas categorías se han destacado como importantes herramientas para el cuidado en salud y como exigencia inmediata para el afrontamiento de lo real en el contexto de las prácticas de cuidado⁴. Los resultados de este estudio han sido ya presentados en otro texto, sin embargo, como tales dimensiones se han presentado de forma recurrente en las hablas de los entrevistados, creemos pertinente profundizar la reflexión sobre el cuidado a partir de acciones interdisciplinarias e integrales/integradoras y sobre la responsabilidad ética que permea estas acciones.

El planteamiento de la cuestión de la interdisciplinariedad y de la integralidad exigió de las autoras una visión agudizada y crítica, permitiendo, a la vez, apuntar posibilidades para la construcción de prácticas capaces de contribuir a la producción de lo nuevo y de romper con viejas amarras del cotidiano del trabajo y del cuidado en salud. Bajo esa perspectiva, el texto tiene por objetivo discutir la integralidad del cuidado y la interdisciplinariedad como herramientas para el cuidado en salud y la responsabilidad como el principio ético que debe permear las acciones de cuidado. Consideramos que estas reflexiones podrán desencadenar en los profesionales la trascendencia de las viejas prácticas, toda vez que un sistema de cuidados es multifacético, multidimensional y, por lo tanto, complejo.

REDIMENSIONANDO EL SENTIDO DE LA INTEGRALIDAD EN LAS PRÁCTICAS DE SALUD

El concepto de integralidad engloba las siguientes dimensiones o valores: el ser humano y no la enfermedad como centro de la atención; el ser humano o el grupo concebido en su totalidad; asistencia propiciada en los diversos niveles de salud; tratamiento diferente para quien está en una situación desigual y, por último; la interferencia de las prácticas en las condiciones geneerales de vida de la comunidad⁵.

Para los autores, estos valores y sentidos corresponden a una visión más amplia de las necesidades de los usuarios al nivel de relación entre estos y los profesionales, a una propuesta de acciones horizontalizadas y abiertas, la asimilación de necesidades que no estaban previstas en la organización de las prácticas, así como la formulación de respuestas

gubernamentales a ciertos grupos o problemas de salud específicos, que implican tanto acciones preventivas como asistenciales. Bajo esa perspectiva la integralidad implica una “recusa al reducionismo, una recusa a la objetivación de los sujetos y tal vez una afirmación de la apertura para el diálogo”^{6:61}. Por lo tanto, la integralidad, así como la interdisciplinariedad, son herramientas que rompen con la práctica tradicional del cuidado en salud.

El alcance de este compromiso engloba acciones complejas, cuya operacionalización reclama un trabajo responsable, integrado, articulado e integral, de carácter interdisciplinario dirigido a varios sentidos para la comprensión de la integralidad, cuales son: la integralidad usada para designar atributos y valores de prácticas en salud; la integralidad como modo de organizar servicios de salud y la integralidad como modo de organizar políticas de salud. Bajo uno u otro sentido, se destaca que las prácticas de salud, pautadas en la integralidad, deben tener como una de sus características, la auscultación y la escucha ampliada de las necesidades de los sujetos “no descuidando sus deseos ni sus derechos”^{7:58}.

En este sentido, se critica la respuesta gubernamental a determinado agravio cuando las prácticas de cuidado son definidas verticalmente. Esto porque de esa forma se ignoran las reales necesidades del individuo como único, así como la capacidad, la habilidad y la competencia del profesional de utilizar la creatividad para nuevas formas de cuidar, no “permitiendo el surgimiento de experiencias innovadoras en la incorporación y desarrollo de nuevas tecnologías asistenciales”^{8:20}. Así, “la superación de la tradición de acciones verticales normatizadas por los niveles centrales de gestión, constituye uno de los desafíos mayores para políticas pautadas en la integralidad”^{7:56}.

La integralidad, puesta entre los principios y directrices del Sistema Único de Salud (SUS), está entre lo que menos se destaca en la trayectoria del Sistema y de sus prácticas desde su implantación a partir de la Ley 8.080. “Teóricamente, integración significa coordinación y cooperación entre proveedores de los servicios asistenciales para la creación de un auténtico sistema de salud, pero, en la práctica, queda por debajo de los preceptos del SUS y pocas son las iniciativas para la monitorización y evaluación sistemática de sus efectos”^{9:3}.

Entre los obstáculos a las propuestas de integralidad en las prácticas y políticas de salud, se destacan el modelo teórico-conceptual de la biomedicina con énfasis en los aspectos biológicos; la perspectiva fragmentada y fragmentadora, la jerarquización de saberes y las políticas sectoriales, que no atienden a la complejidad y multidimensionalidad del cuidado en salud. Súmese, aún, otro obstáculo social e institucional, la práctica liberal e individual del profesional médico, donde el trabajo ambulatorio, no especializado y en la comunidad, se configura como de menor valor. Para romper tales obstáculos no hay manuales o protocolos. El reconocimiento y la mudanza “es una construcción del cotidiano, que sólo será posible en la práctica de sujetos que cuidan de otros sujetos, en una perspectiva ética y emancipatoria”^{10:42}.

En esta misma perspectiva, “la mirada del profesional debe ser totalizante con la aprehensión del sujeto biopsicosocial”. Esto para que se pueda asumir la integralidad como “una acción social resultante de la permanente interacción de los actores en la relación demanda y oferta, en planos distintos de atención a la salud”^{9:3}.

Con respecto a la actuación de los profesionales, se destacan tres ruidos que hacen inviable el cuidar en salud. El primero de ellos está relacionado a la incapacidad del profesional en oír al usuario y acoger su demanda, hecho responsable por los “innúmeros fracasos en la relación entre trabajadores de salud y la población”^{11:122}. Para ampliar la capacidad de

escucha del profesional de salud, se hace necesario que estos incorporen instrumentos de otras asignaturas en el sentido de atender la totalidad de la dimensión del sujeto. El *segundo ruido* dice respecto a la incapacidad de articular conocimientos generales y especialidades en la investigación de los problemas. Y el *tercero*, que juzgamos consecuencia de los anteriores, corresponde a la ausencia de un proyecto terapéutico individualizado y el escaso conocimiento en relación a otras tecnologías de cuidado por los profesionales de salud.

¿Cómo es posible realizar prácticas integrales de cuidado frente a los obstáculos y ruidos enumerados? ¿Qué hacer? ¿Por dónde caminar? ¿Qué espacios conquistar? Sin la intención de responder a estas cuestiones, pues vislumbramos que son inquietudes permanentes para los profesionales, consideramos relevante enfatizar que hay que ejercitarse el trabajo en equipo, el diálogo, la flexibilidad, la convivencia con diferentes saberes, diferentes profesionales y diferentes prácticas, pues la integralidad no existe sin la interdisciplinariedad y esta “sólo es fecunda en el trabajo en equipo donde se forma una especie de sujeto colectivo”^{12:16}.

Buscar respuestas es, también, actuar con responsabilidad. Un término que indica la capacidad individual de asumir, anticipadamente, lo que se va a hacer, es decir, tener conciencia de todas las consecuencias de sus propias acciones y omisiones. Es un término que implica *deber* ante lo frágil y lo vulnerable, no como mera conciencia pasiva, pero como el deber hacer de alguien en respuesta al deber ser¹³.

INTERDISCIPLINARIDAD: UNA ACCIÓN DIALÓGICA PARA EL CUIDADO MULTIPROFESIONAL

La acción interdisciplinaria se establece como una acción dialógica entre asignaturas y no debe ser confundida con la yuxtaposición arbitraria de asignaturas y contenidos. “Es necesaria una actuación crítica a la forma fragmentada de la producción de la vida humana en todas sus dimensiones y, específicamente, en la producción y socialización del conocimiento y en la construcción de nuevas relaciones sociales que rompan con la exclusión y alienación”^{14:47}.

Se puede, entonces, inferir que el ejercicio interdisciplinario no es sólo un movimiento de oposición a la situación actual, de fragmentación del saber científico, generado a partir de la excesiva especialización de las asignaturas. Pero es, también, un ejercicio de adquisición de competencias, una práctica de interrelación e interacción de asignaturas en búsqueda de un objetivo común, un proceso de acción-reflexión-acción, un ir y venir constante en búsqueda del equilibrio, del término medio^{15,16}. Exige implicación y mudanza de paradigma para comprensión de los principios ecológicos de la complejidad, que incluyen, interdependencia, flujo cíclico de recursos, flexibilidad, diversidad y sostenibilidad¹⁷.

La interdisciplinariedad sistemáticamente desarrollada eleva la capacidad de cooperación con los demás y todos ganan. La interdisciplinariedad constructiva enseña y aprecia la tolerancia frente a las otras teorías, pues otras verdades deberán ser el estímulo para otras creaciones, para nuevas posibilidades de acción y de decisión, pues:

“la interdisciplinariedad, en cuanto principio mediador entre las diferentes asignaturas, no podrá jamás ser elemento de reducción a un denominador común, pero elemento teórico-metodológico de la diferencia y de la creatividad. La interdisciplinariedad es el principio de la máxima explotación de las potencialidades de cada ciencia, de la

comprensión de sus límites, pero, por encima de todo, es el principio de la diversidad y de la creatividad^{18:14}.

Así, al buscar el saber interdisciplinario, lo deseable no es el equilibrio pleno entre las diferencias disciplinarias, sino la ampliación de la capacidad de reorganización de los saberes. Quizás la gran dificultad resida, justamente, en la imposibilidad de los profesionales de reorganizar su propio espacio de actuación y/o construir su propio conocimiento debido a la organización de las estructuras, extremadamente rígidas e inflexibles, en las cuales la salud aún posee un campo sólido.

Las fronteras disciplinarias marcadas por la excesiva organización han servido, en cierto modo, para construir divisiones institucionales que se transformaron, progresivamente, en redes de interacciones privilegiadas, cuadros de afirmación de identidad intelectual y, finalmente, en territorios hegemónicos. En estos, a su vez, la organización estimulada por la eliminación de los principios de desorden a cualquier coste, generó individuos cada vez más inmovilizados y moldeados a partir de un orden hegemónico y cartesiano. Vista, bajo este enfoque, la organización requiere la presencia constante del desorden, recordando que la propia vida es un proceso de organización y reorganización a partir de la auto-organización. En otras palabras, el movimiento de reorganización es un elemento *vital* en los espacios institucionales por la capacidad de engendrar un movimiento dinámico, capaz de potenciar el proceso de vivir humano.

Los territorios hegemónicos predominantes en las relaciones profesionales, más específicamente en el campo disciplinar de la salud, son, entre otros, elementos que aseguran el orden y la concepción cartesiana heredada del mundo de las certidumbres. El desorden, a diferencia de lo que intentan, en la mayoría de las veces, las políticas en salud, no puede ser negado y/o alejado de las prácticas de salud ni tampoco de las relaciones/interacciones entre los profesionales, bajo el riesgo de reducirlas y/o encuadrarlas a las nuevas linealidades.

El desorden, en otras palabras, debe ser aprehendido como un elemento polarizador y perturbador del orden, que es entendido en este proceso como un fenómeno simplificador y consagrado tradicionalmente. El orden presupone cierto grado de desorganización para desestabilizar las prácticas pautadas por un saber tradicional y comprender las limitaciones/dificultades del trabajo interdisciplinario. Esto porque la interdisciplinariedad necesita convivir con las fuerzas dialógicas y/o antagónicas de orden/desorden, parte/todo y unidad/multiplicidad, para mantener y, progresivamente, aumentar la vitalidad de los sistemas y subsistemas institucionalizados. Orden y desorden son antagonismos que se complementan en la auto-organización¹⁹. “El proceso de orden/desorden caracteriza, de este modo, la polaridad dinámica de los sistemas organizacionales en una relación dialógica y a la vez una, complementaria, competitiva y antagónica”^{19:80}.

Sin embargo, para el desarrollo de la ciencia, ha sido necesaria la exclusión del sujeto, valorizando tan sólo el objeto de investigación, a través de la observación y experimentación. Hoy, el retorno y valorización de este sujeto se han vuelto fundamentales, ya que es imposible la disociación entre este y el objeto de su investigación, una relación que debe ser transformada²⁰.

Así, es necesario otro enfoque para comprender la multiplicidad de relaciones e interacciones que se establece en el campo de las prácticas de salud. Es necesario entender la complejidad del ser humano y las diferentes asignaturas bajo una nueva lógica; abrir nuevos campos de posibilidades capaces de ir más allá de la lógica tecnológica y científica

instituidas.

Vislumbrar una nueva lógica disciplinar basada en la integralidad e interdisciplinariedad no consiste tan sólo en reunir las diferencias, en integrar las partes fracturadas y/o en organizar los espacios intercesores. Significa, en último análisis, construir una nueva epistemología entre el paradigma pautado por las prácticas tradicionales de producir conocimiento y el paradigma emergente que apunta a reconstruir y ampliar los límites humanos y profesionales.

Así, frente a la revolución intelectual y a los cambios en las relaciones humanas, sociales y profesionales, la interdisciplinariedad se presenta como posibilidad de convivencia y de superación de una lógica disciplinar altamente organizada, que pasó a ser orden ocultando el desorden en los diferentes espacios de actuación.

A partir de esta racionalidad: ¿cómo pensar y definir la singularidad del ser humano y la complementariedad de los diferentes saberes, sin mantener la dicotomía y aceptando la idea de continuidad?

El desafío fundamental al adoptarse un nuevo orden disciplinar, en este caso la interdisciplinariedad, es intentar restituir, aunque de modo parcial, el carácter de complementariedad y de complejidad de las prácticas de salud. El sistema de cuidados, en este sentido, se constituye en la complementaridad y diversidad de saberes profesionales que, en un todo, amplían la visión de mundo. En esa perspectiva, la construcción del saber interdisciplinario presupone la construcción del saber disciplinar que debe ser estimulado mediante procesos dialógicos que tengan en cuenta las polaridades antagónicas de orden/desorden.

Para viabilizar las discusiones, los profesionales de salud necesitan actuar de forma integrada e interdisciplinaria, para intermediar mutuamente la transformación de las prácticas de la salud. Siendo así, es urgente buscar nuevos saberes y nuevas prácticas, en diferentes áreas del conocimiento, para desmitificar los viejos modelos burocráticos y fortalecer la red de conexiones\interconexiones.

Una práctica de salud interdisciplinaria establece otro tipo de relación en el trabajo y entre profesionales de diferentes categorías, pues los conocimientos de sus campos disciplinarios podrán ser compartidos democráticamente, como medio de fortalecimiento disciplinar, pero, sobre todo, para la valorización de la salud/vida de aquellos que se ponen bajo sus cuidados especializados.

Promover la interdisciplinariedad en las prácticas de salud implica en el rescate de la dimensión humana de las/en las relaciones de trabajo y su permanente problematización. La interdisciplinariedad requiere, en suma, la previa formulación de políticas organizacionales y sociales justas que consideren los seres humanos y sus derechos a partir de la lógica de la complementariedad. Eso significa valorizar el profesional, favoreciendo el desarrollo de su sensibilidad y competencia, con cambios en las prácticas profesionales; reconocer la singularidad de los pacientes, encontrando, junto a ellos, estrategias que faciliten la comprensión y el afrontamiento del momento vivido

La interdisciplinariedad es, por lo tanto, un reto, una meta a ser alcanzada por todos los involucrados en el sistema de cuidados. Ella requiere del profesional una nueva postura ética, de responsabilidad y solidaridad y exige la revisión permanente de sus prácticas, para convertirlas en instrumentos de cuidado.

CONSIDERACIONES FINALES

Creemos que al reconocer los déficits y limitaciones del cuidado en salud como sistema, sea posible potenciar procesos y articulación de conocimientos, en el sentido de superar las carencias que ahí existen. De este modo, urge una revisión del sistema de cuidados hacia modelos integradores e interdisciplinarios que atiendan a las exigencias de una realidad de salud sin fragmentación.

El cuidado en el sistema de cuidados es, por naturaleza, multidisciplinario dependiendo, por lo tanto, de la conjugación del saber y del hacer de varios profesionales y de varias categorías. Se configura, bajo esa perspectiva, como la suma de varios cuidados que se complementan en la acción de varios cuidadores. A partir de aquí es posible afirmar que no hay integralidad del cuidado sin la práctica interdisciplinaria y sin el trabajo articulado y en red.

Para el ser humano es vital vivir en grupo, en sociedad, a fin de comprender la complejidad de la propia existencia y la del otro²¹. Esa condición se manifiesta por la necesidad que los seres humanos tienen de complementarse por medio de los diferentes saberes. El otro es, en esa perspectiva, un complemento indispensable del yo, lo que pone la sociabilidad en el propio ser de la condición humana. Así, la complementariedad y la complejidad son fenómenos que emergen cuando se habla de interdisciplinariedad e integralidad. El mundo real, en su esencia, es totalidad. Él está hecho de interacciones múltiples y complejas entre los muchos elementos que lo componen, no conociendo o admitiendo fronteras que lo estanquen.

En la comprensión sistémica, se asienta la idea de red relacional donde los objetos dan lugar a los sistemas y las unidades simples dan lugar a las unidades complejas²⁰.

Al reconocer que individuos aislados o incluso categorías profesionales enteras, son limitados para dar cuenta del espectro de demandas presentadas por los sujetos que están delante de un agravamiento de salud, el trabajo interdisciplinario se presenta como necesidad fundamental para una concepción ampliada, tanto del proceso salud/enfermedad, como de la condición humana¹⁰.

Ya que afirmamos que la integralidad y la interdisciplinariedad se configuran como herramientas para el cuidado dirigido al sujeto y para la dimensión humana y que este es enriquecido por las interconexiones entre el todo y las partes, el carácter interdisciplinario y las varias perspectivas para el cuidado deben ser entendidas, reconocidas y utilizadas en la dirección de un saber y de un actuar más totalizante. Por lo tanto, la acción del profesional debe estar más allá del acto fragmentario y del repetitivo, pues es en la acción que se Delinea y se circunscribe la esencia de lo humano.

Para reducir la fragmentación del saber y de las prácticas en salud y alcanzar el hombre-sujeto en sus varias dimensiones, la interdisciplinariedad y la integralidad son instrumentos/herramientas que, aunque todavía incipientes, se constituyen en la dimensión deseada y buscada en un Sistema de Cuidados en Salud.

Consideramos la integralidad como una práctica en construcción, por ello, no podemos hurtarnos al desafío de estar continuamente creando, recreando, renovando, organizando y recomenzando. El desafío parece ser el de la integración de lo heterogéneo y de los opuestos, donde la interdisciplinariedad e integralidad son como un puente que intentamos construir para un cuidado que seleccione la dimensión humana como foco de la atención

profesional e institucional, teniendo como horizonte un nuevo modo de organización de la acción y de la praxis en salud.

Las prácticas de cuidado en salud deben emergir del ejercicio de la reflexión y de la concienciación de los profesionales en búsqueda de una nueva percepción de mundo, es decir, a partir de una nueva óptica disciplinar que tenga en cuenta la multidimensionalidad del ser humano.

Así, en caso de que el cuidado en salud esté, cada vez más, pautado en acciones interdisciplinarias e integrales/integradoras, podemos inferir que también desde el punto de vista ético, se hace apremiante la reflexión en cuanto a la responsabilidad de los profesionales involucrados con el cuidar.

La responsabilidad como nuevo principio bioético, amplio y universal, deberá orientar el comportamiento humano tanto en dirección a la producción de conocimientos como a la aplicación de estos en la práctica, de forma responsable, es decir, orientado para la manutención de las condiciones necesarias para la existencia no sólo de las generaciones actuales, sino también para las futuras. Eso significa una preocupación responsable con la calidad de vida de aquellos que se ponen bajo los cuidados de profesionales de la salud.

Pero, a pesar de este ejercicio de reflexión, aún permanece una duda: ¿Cómo introducir los conceptos de interdisciplinariedad e integralidad en el sistema de cuidados e implicar a los demás profesionales de la salud en este proceso?

REFERENCIAS

- 1 Erdmann AL, Sousa FGM, Backes DS, Mello ALFS. Comprendiendo el sistema de cuidados desde la mirada de la complejidad. Rev Panamericana de Enfermería. 2005; 3 (2): 108-13.
- 2 Minaré RL. Bioética. Revista Parcerias Estratégicas [serial on the Internet] 2002; [cited 2007 Mac 10]; Out (16). Available from: <http://www.cgee.org.br/parcerias/p16.php>
- 3 Koerich MS, Machado RR, Costa E. Ética e Bioética: para dar início à reflexão. Texto Contexto Enferm. 2005 Jan-Mar; 14 (1): 106-10.
- 4 Sousa FGM, Backes DS, Mello ALSF, Erdamnn AL. Significados de Sistema de cuidados a partir da visão de profissionais da saúde: Modelo Teórico-Reflexivo. In: Anais do 3º Seminário de Filosofia e Saúde; 2006 Out 08-10 Florianópolis (SC), Florianópolis: UFSC; 2006 p 193-196.
- 5 Furtado LAC, Tanaka OY. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. Rev Saúde Pública. 1998 Dez; 32 (6): 587-95.
- 6 Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro (RJ): UERJ/IMS/ABRASCO; 2001 p 37-64.
- 7 Mattos RA. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA de. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2005 p 45-59.
- 8 Pinheiro R, Madel T. Práticas eficazes X Modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Matos RA de. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2005 p 7-34.
- 9 Silva AC, Fonseca AM, Silva JLL, Góes FGB, Cunha FTS. Refletindo sobre a integralidade no cuidado de enfermagem. Estudo bibliográfico. Online Brazilian Journal of Nursing [serial

on the Internet] 2006; [cited 2007 Mac 8]; 5(3). Available from: www.uff.br/objnursing/viewarticle.

- 10 Camargo Jr, KR. Um ensaio sobre a (In)Definição de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2005 p 35-44.
- 11 Silva Jr, AG, Merhy EE, Carvalho LC. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2005 p 113-128.
- 12 Jantsch AP, Bianchetti L. Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito. 7^a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.
- 13 Jonas H. El Principio de Responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona: Herder; 1995.
- 14 Frigotto G. A Interdisciplinaridade como Necessidade e como Problema nas Ciências Sociais. In: Jantsch AP, Bianchetti L, organizadores. Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito. 5^a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2001.
- 15 Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 16^a ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 2000.
- 16 Koerich MS. Enfermagem e Patologia Geral: resgate e reconstrução de conhecimentos para uma prática interdisciplinar [dissertação]. Florianópolis (SC): UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2002 106 f.
- 17 Capra F. A Teia da Vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. 13^a ed. São Paulo (SP): Cultrix; 2001.
- 18 Etges NJ. Ciência, Interdisciplinaridade e Educação. In: Jantsch AP, Bianchetti L, organizadores. Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito. 5^a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2001.
- 19 Morin E. Para sair do século XX. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira; 1997.
- 20 Morin E. Ciência com Consciência. 7^a ed. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil; 2003.
- 21 Rousseau JJ. Emílio ou da Educação. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil; 1992.

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia