

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

SAMARA MARLENE DANIEL

**REFLEXÕES SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE A PARTIR DO TRABALHO
DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DE UM PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

FLORIANÓPOLIS

2011

SAMARA MARLENE DANIEL

**REFLEXÕES SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE A PARTIR DO TRABALHO
DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DE UM PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial a obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Dra. Keli Regina Dal Prá

FLORIANÓPOLIS

2011

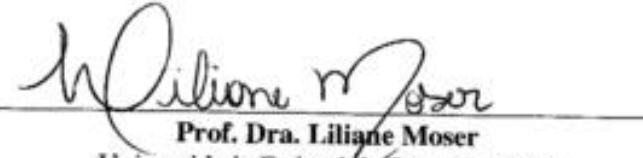
SAMARA MARLENE DANIEL

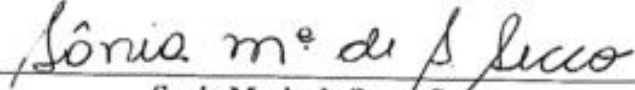
**REFLEXÕES SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE A PARTIR DO TRABALHO
DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DE UM PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dra. Keli Regina Dal Pra
Universidade Federal de Santa Catarina
Orientadora


Prof. Dra. Liliiane Moser
Universidade Federal de Santa Catarina
Primeira Examinadora


Sonia Maria de Souza Secco
Assistente Social - CRESS nº 3695/12 Região
Segunda Examinadora

Dedico este trabalho a meus pais por todo amor, carinho, apoio e dedicação. Essa conquista é nossa.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é resultado de muitas indagações e de uma longa caminhada, então é chegado o momento de agradecer a todas as pessoas que me apoiaram no decorrer da graduação e contribuíram para o alcance do objetivo, assim como para a construção deste trabalho.

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida, pela determinação, por me iluminar, por me proporcionar muita força e coragem em todos os desafios que surgiram no decorrer da graduação e por esta conquista.

À meus pais Marlene e Daniel, por todos os ensinamentos transmitidos, por todo apoio e dedicação. Pelo grande incentivo e por todo o trabalho a fim de possibilitar este momento. À minha irmã Sabrina e meu cunhado Eduardo, por me proporcionar espaço de silêncio e concentração para a construção deste trabalho, por me apoiarem sempre na busca desta conquista. À meu sobrinho Luan, que em muitas vezes me distraiu e me trouxe alegrias e sorrisos em momentos de tensão e ansiedades. AGRADEÇO POR TUDO, AMO MUITO VOCÊS.

À Prof. Dra. e orientadora Keli Regina Dal Prá, pelas sugestões, pela paciência, pelas conversas, pelas opiniões, pelo incentivo, pelo amplo conhecimento e experiência e por topar esse desafio e confiar em mim.

À Assistente Social Sônia Maria de Souza Secco, por me proporcionar experiências, oportunidade e conhecimentos no estágio, pela paciência, pela atenção e pelas contribuições para a construção deste trabalho.

À toda equipe do Programa de Atenção Domiciliar, desde assistentes, supervisores, gerentes e diretores, pela grande oportunidade, pelos aprendizados, pelas disponibilidades e contribuições neste período.

Aos meus colegas, amigos pessoais e de trabalho, André, Andréa, Bruno, Bruno Martins, Daniel, Charles, Eliziane, Gabriel, Henrique, Mônica, Michelle, Priscila, Simoni, Giane e Vanessa. Obrigado por tudo, pelo apoio e o incentivo de todos. Ainda agradeço aqueles que mesmo não sendo citados, contribuíram para a minha conquista. Muito obrigado!

Aos meus colegas e amigos na graduação, Adelson, David, Joice, Luciane Marinês, Rafael, Susana, Thiago, Tabata, os do início e os do fim da graduação, que se tornaram grandes amigos e parceiros. Agradeço vocês por tudo, pelas trocas de experiências e pelas conversas e descontração. Vou levar nossos momentos comigo pra sempre.

Em especial minha companheira Vanessa, que nas últimas fases sempre ouviu meus lamentos, minhas ansiedades e minhas reclamações, sempre me transmitindo alegria, mesmo nos momentos mais conturbados. Você é muito especial.

Por fim, agradeço a todos os meus amigos e minha família, que mesmo não sendo supracitados um a um, fizeram parte tanto da construção deste trabalho, assim como na conclusão deste curso. Agradeço-os muito.

O verdadeiro sábio é aquele que assim se dispõe que os acontecimentos exteriores o alterem minimamente. Para isso precisa couraçar-se cercando-se de realidades mais próximas de si do que os fatos, e através das quais os fatos, alterados para de acordo com elas, lhe chegam.

Fernando Pessoa

RESUMO

A discussão da interdisciplinaridade toma relevante importância para o trabalho em equipe na área da saúde. Isso se revela pela vasta dinâmica existente nas características dessa dimensão, onde proporciona uma mutualidade das ações, a troca de técnicas, métodos e opiniões, o que evidencia uma integração entre os membros da equipe, sendo de especialidades distintas. No Programa de Atenção Domiciliar, a proposta da interdisciplinaridade não se mostra diferente, pois apresenta uma equipe composta de diferentes profissionais e que suas atividades atingem um mesmo objetivo: o paciente/usuário. Com isso, o presente trabalho teve como objetivo geral analisar a atuação interdisciplinar dos profissionais de saúde da equipe de um Programa de Atenção Domiciliar de uma instituição de saúde privada da cidade de Florianópolis. Metodologicamente, o estudo se caracterizou como qualitativo, com a realização de entrevistas com os profissionais de nutrição, fisioterapia, medicina, técnico de enfermagem, enfermagem e administrador, que são membros da equipe do Programa de Atenção Domiciliar, de uma instituição de saúde privada. Os resultados obtidos com a realização das entrevistas foram a demonstração e a caracterização de um trabalho em equipe caracterizado como multidisciplinar, mas que destaca um avanço e vontade de crescimento perante as relações. Observou-se a presença da construção para se alcançar a interdisciplinaridade, onde já se começa com o predomínio da multidisciplinaridade nas relações entre os membros da equipe.

Palavras-chaves: Interdisciplinaridade, Trabalho em Equipe, Saúde e Programa de Atenção Domiciliar.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. INTERDISCIPLINARIDADE E SAÚDE: APROXIMAÇÕES COM O TEMA	13
2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROCESSO DE INTERDISCIPLINARIDADE.....	13
2.2. DEFINIÇÃO DOS TERMOS.....	20
2.2.1. Interdisciplinaridade.....	20
2.2.2. Multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade	30
2.3. O TRABALHO (INTERDISCIPLINAR) EM EQUIPE NA SAÚDE	36
3. APROXIMAÇÃO COM O TRABALHO EM EQUIPE DO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR.	48
3.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR.....	48
3.2. ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA	56
3.3. ANÁLISE DOS DADOS	59
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS.....	78
ANEXO 1 – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	80
APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	82
APÊNDICE 2 – MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO.....	84

1. INTRODUÇÃO

O debate sobre o tema da interdisciplinaridade e os tipos de relações de trabalho existentes em equipes de saúde, vem sendo cada vez mais abordado nos dias atuais. Isso possui destaque pelo avanço das necessidades dos usuários em relação ao atendimento em saúde realizado por profissionais desta área, de diferentes profissões e especialidades.

A escolha por abordar este tema e do objetivo da aproximação com equipes de trabalho na área da saúde está relacionada às observações realizadas pela acadêmica durante a realização do estágio curricular obrigatório em Serviço Social no Programa de Atenção Domiciliar, desenvolvido em uma instituição de saúde privada entre os meses março e dezembro de 2011.

Convém destacar, que a acadêmica, por meio de vínculo empregatício, possui um conhecimento amplo referente aos regulamentos internos, as políticas de qualidade, ao estatuto, aos manuais de orientações internas, dentre outros documentos e orientações, da instituição analisada.

Este trabalho teve como objetivo geral analisar a atuação interdisciplinar dos profissionais de saúde da equipe de um Programa de Atenção Domiciliar de uma instituição de saúde privada da cidade de Florianópolis. A fim de alcançar este objetivo analisou-se através da produção científica, os diferentes tipos de relações existentes entre equipes de trabalho, especificamente na área da saúde, o que possibilitou conhecer e destacar as diferenças e semelhanças que existem entre os termos: interdisciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade.

Assim, houve a necessidade de resgatar e entender a trajetória histórica da utilização dos termos, o processo de surgimento, as alterações de definições conforme as mudanças de contextos, as significações de suas fragmentações e por fim, suas definições mediante os autores mais conceituados e selecionados, que discutem essa temática.

Passamos, então, a discutir a contextualização do trabalho em equipes na saúde, o que propôs situar desde a criação do sistema de saúde no Brasil, onde aborda-se a relação com a Reforma Sanitária, a questão da centralidade médica, mediante a caracterização da hierarquização das relações com outros profissionais da saúde, até chegar ao debate da situação da saúde na VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi um momento marcante para os cidadãos, pois foi ampliado o conceito de saúde e conseqüentemente o direito à saúde.

A partir desse processo, buscou-se então conhecer e abordar a historicidade do Programa de Atenção Domiciliar, os objetivos empregados nesta relação usuário X

atendimento X profissionais de saúde, a postura ética existente, os critérios de funcionamento, de entrada e de saída de pacientes no Programa, até a compreensão e construção de um fluxograma, onde explica todo o processo de trabalho do Programa.

Apresentou-se, em seguida, os aspectos metodológicos da pesquisa, onde contou primeiramente com a pesquisa bibliográfica, que possibilitou uma aproximação com os termos a serem analisados, o que favoreceu uma compreensão profunda dos significados, que enriqueceu a pesquisa teoricamente.

A pesquisa realizada teve caráter qualitativo, pois proporcionou um contato direto com a equipe e com seus relacionamentos, com os dados descritivos e ainda com as observações do cotidiano da equipe, o que destaca um olhar diferenciado perante a realidade.

A entrevista realizada foi do tipo semiestruturada, pois tratou-se de um processo metodológico escolhido pela acadêmica, pois conta com um roteiro pré-determinado, porém possui a liberdade de alteração conforme o decorrer da entrevista. Foram realizadas seis entrevistas com profissionais da área da saúde, onde destaca-se as especialidades de enfermagem, nutrição, medicina, técnicos de enfermagem, fisioterapia e administrativo.

O roteiro da entrevista realizada teve a abrangência de 14 questões abertas e todas direcionadas ao assunto da pesquisa, onde os profissionais entrevistados possuíram total liberdade para discorrer e discutir sobre o tema das questões.

Após a realização das entrevistas, seguiu-se com a análise dos dados coletados, onde foram analisados os aspectos da entrevista na forma de agrupamento, ou seja, a análise das respostas dos entrevistados foi realizada por questão, o que propõe uma análise mais concreta e objetiva.

Nesse sentido, o processo de análise dos dados coletados nas entrevistas, aproximou o que se adquiriu em relação à compreensão e definição dos termos interdisciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade, mediante a pesquisa bibliográfica contida, com o tipo de relações de trabalho em equipes na área da saúde presentes na equipe de trabalho do Programa de Atenção Domiciliar.

Diante das análises conforme a definição dos termos e a pesquisa bibliográfica foi possível, no entanto, investigar, descobrir e alcançar um resultado objetivo, assegurando o rigor científico. Portanto, o resultado obtido no relacionamento de uma equipe que é composta por profissionais de diferentes especialidades da saúde e que exibiram distintas opiniões, de alguma forma apresentou divergências. Estas divergências serviram de elementos para propiciar uma investigação mais intensa e excessiva, que alcançou um resultado esperado.

Após as seções I e II, a estrutura do trabalho apresenta a construção das considerações finais, a fim de realizar uma síntese geral do trabalho e a conclusão do tema abordado, bem como as referências utilizadas na construção e os anexos e os apêndices.

SEÇÃO I

2. INTERDISCIPLINARIDADE E SAÚDE: APROXIMAÇÕES COM O TEMA

Este item visa apresentar um breve resgate sobre a discussão da categoria interdisciplinaridade, com vistas à sua propagação e utilização em meio ao método profissional e educacional reconhecido e que propõe um novo enfoque para o conteúdo dos saberes e ampliação do conhecimento científico. Antes de tratar especificamente da interdisciplinaridade se discutirá a respeito da noção de disciplina, que está intrinsecamente relacionada ao termo.

2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROCESSO DE INTERDISCIPLINARIDADE

Convém mencionar que o termo disciplina é entendido como o ensino de uma ciência e designa uma atividade de pesquisa. Está relacionada ao saber, ao aprender e ao conhecimento, digno de domínios de técnicas e métodos, o que consiste uma construção predominante e que geram debates a respeito.

[...] o que podemos entender por disciplina e por disciplinaridade é essa progressiva exploração científica especializada numa certa área ou domínio homogêneo de estudo. Uma disciplina deverá, antes de tudo, estabelecer e definir suas fronteiras constituintes. Fronteiras estas que irão determinar seus objetos materiais e formais, seus métodos e sistemas, seus conceitos e teorias. (JAPIASSU, 1976, p.61).

A disciplina é um modo de aprendizagem que possui determinada ligação com o ensino e pressupõe, portanto, um processo de sujeitar ao discípulo a construção e a constituição do aprendizado, ou seja, aquele que recebe o ensino de alguém, que aprende um conjunto de conteúdos, o que faz com que o sujeito memorize noções, definições, eventos, contextos e as coloque em prática. (PAVIANI, 1993).

Cabe evidenciar que, a disciplina tende a destinar-se à área da ciência, mas esse termo também apresenta forte determinação dos conceitos de ordem, ensino, obediência, punição e preparo intelectual. Paviani (1993) faz uma crítica aos autores que definem com facilidade o conceito de disciplina, pois identifica que este conceito esconde muitas definições que vão além da dimensão do ensinar e do aprender.

Os que afirmam que é possível identificar com clareza o conceito de disciplina não se dão conta que ele esconde, sem anular, sentidos que ultrapassam os objetivos do ensinar e do aprender. Aliás, não existe um ensinar ou aprender puros, sem uma

dimensão ao mesmo tempo social, política, ética, estética, religiosa. Portanto, a confusão com o sentido do termo disciplina ocorre, no mínimo, em três momentos distintos: a) em relação às formas de conhecimento quando se situa ao mesmo nível a filosofia e as ciências em geral e, às vezes, o conhecimento teológico, artístico e comum; b) em relação às ciências e às unidades de ensino, p. ex., Sociologia ou Sociologia do Desenvolvimento I, II, III; c) em relação aos sentidos implícitos do conceito de disciplina que a tradição nos legou. (PAVIANI, 1993, p.1).

Assim, essas questões possuem como objetivo esclarecer as posições distintas existentes sobre a visibilidade do termo disciplina. Além do mais, há autores que são a favor de determinados conceitos e determinadas maneiras de ensinar e de aprender. Outros já têm o posicionamento contrário a tais concepções, e retratam que a lógica desse princípio se reduz apenas à estruturação e à linguagem.

O termo disciplina traz uma ampla visão relacionada ao conhecimento científico e principalmente a ciência, que possui como responsabilidade a diversidade de domínios e autonomias. A disciplina possui uma definição que lhe confere sua linguagem, técnicas e conhecimentos.

A disciplina é uma categoria organizacional no interior do conhecimento científico. Ela institui a divisão e a especialização do trabalho e responde a diversidade de domínios que recobrem as ciências. A disciplina, por um lado, define um domínio de competência sem o qual o conhecimento se tornaria fluído e vago. Por outro, ela revela ou constrói um objeto importante para o conhecimento científico. (SCHERER, 2006, p.38).

De forma mais abrangente, a disciplina em si contempla um processo de complexidade, pois em muitas vezes ela é tratada como formação tecnológica, o que transforma a real construção do âmbito disciplinar. Em outras palavras, o ensino tecnológico não deve ser tratado como disciplina, pois deve acarretar no processo de aprendizagem o aporte teórico das ciências sociais, o que não acontece nessa dimensão. (PAVIANI, 1993).

É importante apresentar, nesta perspectiva, os elementos que segundo Japiassu (1976), compõem uma disciplina:

- a) Domínio Material - Objetos pelos quais se interessa e se ocupa uma disciplina;
- b) Domínio de Estudos - Seleção do domínio material de uma disciplina podendo ser comum a outras disciplinas;
- c) Nível de Integração Teórico – Abrangem os fenômenos, em busca da reconstrução da realidade. Conceitos elementares de uma disciplina;
- d) Métodos – Transformam os fenômenos através da sua aplicação e concordam com arranjos metodológicos próprios de uma disciplina;
- e) Instrumentais de Análise - Modelos, estratégia lógica, raciocínios matemáticos;

f) Aplicações das Disciplinas - Aplicação da ciência e do saber (quanto mais se inclinam para a aplicação profissional, mais se revelam em sua construção epistemológica);

g) Contingências Históricas - Decorrem do contato com forças internas, tanto como externas a disciplina. Determinações históricas.

É importante ainda fazermos associação à concepção de disciplinaridade, que é um fragmento do termo interdisciplinaridade com a ausência do seu prefixo “inter”. Esse prefixo significa uma posição, atuação, ação intermediária ou recíproca. (ROSA, 2007). Assim, podemos destacar a importância da disciplinaridade com vistas ao domínio do estudo e do saber, que possui seu significado:

[...] a exploração científica especializada de determinado domínio homogêneo de estudo, isto é, o conjunto sistemático e organizado de conhecimentos que apresentam características próprias nos planos do ensino, da formação, dos métodos e das matérias; esta exploração consiste em fazer surgir novos conhecimentos que se substituem aos antigos. (JAPIASSU, 1976, p. 72).

Ao fazer relação com a interdisciplinaridade, a justaposição de disciplinas, o processo de sistematização do conhecimento, o ensino e o aprendizado são elementos indispensáveis que trazem o resultado real do processo da interdisciplinaridade. Sendo assim, o ensino e o aprendizado têm de estar associados à ciência e à produção científica, pois possuem como características a concentração de esforços que tornam positivas as relações exteriores das disciplinas.

Primeiramente, a busca da interdisciplinaridade mostra-se presente desde a pré-história, na Grécia antiga, que teve seu início a partir da representação do mito no mundo grego e da aceitação da presença de um Deus soberano. É importante enfatizar que, nesse período existiam duas concepções na busca do saber e do conhecimento são elas: a grega e a medieval do homem. Ambas definiam uma diferença fundamental de unidades do saber. Este processo engloba o âmbito da totalidade. Assim, como posteriormente na Idade Média, a ciência era extremamente associada à filosofia e, no entanto, a sabedoria predominava no sentido de aproximar a perfeição suprema da razão. (ROSA, 2007).

Na mesma perspectiva, é possível destacar o seqüencial do movimento histórico que se conduziu, onde o processo de interdisciplinaridade integrou os novos temas a partir da década de 1960 e vem sendo alvo de debates até a atualidade. Essa discussão primeiramente contemplou as universidades, academias e instituições. Ocorreram alterações significativas e observou-se essa repercussão pelo fato de haver condução nas fragmentações do saber e

especificações profissionais, o que sustentavam uma posição crescente e que aos poucos foram integrando o mundo do trabalho.

Assim, o século XIX rompeu radicalmente com as perspectivas de unidade do saber marcando o início das especializações e a expansão do trabalho científico. O especialista sabe cada vez mais sobre um domínio cada vez menos extenso. Essa tendência se reflete em profundas alterações nos programas de ensino que, até então, buscavam condensar educação e cultura visando a formação de um homem integral, sábio, filósofo e artista. (ROSA, 2007, p. 18).

Essas fragmentações e especializações contribuíam para que as práticas e as competências profissionais atribuíssem ações isoladas e individualizadas em relação ao objeto. Contudo, não conseguiam atingi-lo de maneira completa e não atendiam às exigências e às complexidades dos problemas identificados na realidade.

Severino (2002, *apud* ROSA, 2007), retrata o positivismo como o principal responsável pela fragmentação do saber. Ainda afirma que as especializações não comprometem o saber unificado na área das ciências naturais, o que tende a comprometer de forma inevitável as ciências humanas.

A interdisciplinaridade teve uma maior abrangência quando foi incorporada através de um projeto, elaborado por Gusdorf, em 1961, que reuniu um grupo de estudiosos de distintas áreas do conhecimento, às discussões da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Esse debate foi o principal elemento que justificou a alternativa do processo de interdisciplinaridade para ampla visibilidade internacional. (ROSA, 2007).

É por este motivo que a intenção da interdisciplinaridade foi incorporada às discussões nos espaços profissionais, como enfatiza Ely (2008, p.114): “[...] cresce, desde a década de 60, o debate que defende a necessidade de se atribuir um enfoque interdisciplinar à formação e à intervenção profissional”.

Na mesma perspectiva, Soares (2008) traz uma abordagem que é destacada por apresentar o surgimento da interdisciplinaridade a partir da Revolução Industrial, devido à necessidade de possuir ações e práticas especializadas.

A interdisciplinaridade surge como uma das respostas à necessidade de uma reconciliação epistemológica, processo necessário devido à fragmentação dos conhecimentos ocorrido com a Revolução Industrial e a necessidade de mão-de-obra especializada. (SOARES, 2008, p.14).

A origem da interdisciplinaridade na Europa, principalmente na França e na Itália, teve seu início em meados da década de 1960 e 1970, onde a partir de movimentos de estudantes,

procurava-se reivindicação de um novo estatuto de universidade e escola, que viesse a tratar desse assunto. (FAZENDA, 1994).

A necessidade da criação desse novo estatuto tinha como objetivo diminuir o distanciamento entre as ciências, entre as disciplinas e as especialidades existentes em instituições universitárias.

Conforme Nogueira (2000), a década de 1970 foi definida como um período representativo, com interesses voltados ao registro de uma estruturação dessa temática, enfatiza-se ainda o ponto de vista de definição e conceituação, o que facilita ampliação dos campos do saber e melhora a explicitação terminológica. Assim, um elemento importante para as discussões foi a totalidade, “mola propulsora” e que no interior da comunidade acadêmica, universidades e grupos de estudos, surgiram ainda “tímidos”, pressupostos de uma metodologia interdisciplinar.

Desse modo, a questão do saber e do conhecimento foram eixos fundamentais para discussão do papel humanista da ciência para a interdisciplinaridade.

Toda essa discussão teórica da década de 1970, a respeito do papel humanista do conhecimento e da ciência, acabou por encaminhar as primeiras discussões sobre a interdisciplinaridade de que temos notícia. A categoria mobilizadora dessas discussões sobre interdisciplinaridade na década de 1970 foi a totalidade. (FAZENDA, 1994, p. 19).

No Brasil, em meados da década de 1970, a palavra interdisciplinaridade foi destacada pelo modismo que se proporcionou. Também passou a ser utilizada na área da educação, porém em seus primórdios foi sem se preocupar com a dificuldade de sua realização e pouca atenção aos seus princípios. (FAZENDA, 1994).

Assim, impensadamente a interdisciplinaridade no Brasil também foi motivo de reformas educacionais e o avanço sobre as reflexões a partir de estudos desenvolvidos por estudiosos brasileiros, como Hilton Japiassú, por exemplo. (FAZENDA, 1994).

O desenvolvimento desse tema proporcionou reflexões sobre as finalidades, destinações e os questionamentos dos projetos interdisciplinares. Conforme Fazenda (2008), na década de 1970 houve um exercício de elaboração do conceito do termo interdisciplinaridade e que hoje se destaca como elemento de fundamental importância para o conhecimento, para o saber e para a prática profissional. Através da explicitação do conceito de interdisciplinaridade

[...] foi possível orientarmo-nos sobre o que nos interessava investigar, do que podemos ou precisamos nos ocupar e até onde nos é possível caminhar. Hoje mais

do que ontem consideramos o aspecto conceitual como fundamental na proposição de qualquer projeto autenticamente interdisciplinar. (FAZENDA, 1994, p. 24).

A questão da interdisciplinaridade entre as décadas de 1960 e 1970 tinha outra visibilidade por partes dos educadores da época e como consequência essa dimensão não era acatada como método de trabalho e pesquisas. Nesse período, o processo de aprendizado, de troca de conhecimentos relacionado ao processo da interdisciplinaridade não era enriquecido e contribuía sempre para o distanciamento das ciências. Era identificado pouco interesse por essa dimensão e foi constatado um descaso pelo lado da Legislação de Ensino a fim de identificar falta de critérios, de informações e perspectivas. (FAZENDA, 1994).

A alienação e o descompasso no trato das questões mais iniciais e primordiais da interdisciplinaridade provocaram não apenas o desinteresse, por parte dos educadores da época, em compreender a grandiosidade de uma proposta interdisciplinar, como contribuiu para o empobrecimento do conhecimento escolar. (FAZENDA, 1994, p. 26).

Na década de 1980, houve muitos movimentos que encaminharam a busca de conhecimentos que explicassem a teoria, a prática e o real dentro do processo da interdisciplinaridade. Surgiram, naquele período, documentos construídos por vários autores, que serviram como contribuições para acrescentar informações aos estudos e às pesquisas e ainda importantes conclusões para o alcance da definição da interdisciplinaridade. (FAZENDA, 1994).

A presença de grupos de estudos trouxe significativos avanços sobre a interdisciplinaridade, onde enfatizam que o homem tem de ampliar sua potencialidade para vários campos do conhecimento e não apenas o racional. Alguns deles são:

- a atitude interdisciplinar não seria apenas resultado de uma simples síntese, mas de sínteses imaginativas e audazes.
- interdisciplinaridade não é categoria de conhecimento, mas de ação.
- a interdisciplinaridade nos conduz a um exercício de conhecimento: o perguntar e o duvidar.
- entre as disciplinas e a interdisciplinaridade existe uma diferença de categoria.
- interdisciplinaridade é a arte do tecido que nunca deixa ocorrer divórcio entre seus elementos, entretanto, de um tecido bem trançado e flexível.
- a interdisciplinaridade se desenvolve a partir do desenvolvimento das próprias disciplinas. (FAZENDA, 1994, p. 28).

Essa síntese procura apontar considerações fundamentais para o campo da ciência e do conhecimento. Verifica-se, na perspectiva desse estudo, que o processo interdisciplinar, permite esclarecer as relações existentes entre as disciplinas, as medidas capazes de

proporcionar a unificação do conhecimento e também o desenvolvimento e o progresso das relações sociais.

Na década de 1980 no Brasil, foi um momento pelo qual a busca pela identidade dos profissionais e também do processo da interdisciplinaridade tornaram-se intensas. Esse período foi denominado de “tempo de silêncio”. A perda da identidade aconteceu pelo fato de, anterior a esse período, ter ocorrido a ditadura militar onde muitos profissionais foram cassados, assim como os direitos dos alunos e dos cidadãos, bem como os ideais educacionais. (FAZENDA, 1994).

Essa década foi marcada também pela necessidade de entender melhor esse termo, pois através dos equívocos surgidos por parte do Estado, por análises realizadas no quadro político brasileiro e conseqüentemente os problemas que o modismo da interdisciplinaridade se sujeitou e com propagação a uma questão fortemente ideológica. Equívocos estes que foram caracterizados pela má interpretação do conceito, o que levou a interdisciplinaridade ser direcionada para diferentes conceitos e conseqüentemente para ramos distintos. (FAZENDA, 1994).

Por ordem oriunda do Estado, em conseqüência da ditadura militar daquele período, os locais que posicionavam pessoas reunidas estudando e adquirindo novos conhecimentos, foram esvaziados com a imposição do silêncio. Assim, as universidades, as escolas, as bibliotecas, os grupos e os núcleos de pesquisa ficaram vazios. As pesquisas, as ideias, os saberes e os conhecimentos tiveram seu andamento interrompido. (FAZENDA, 1994).

No final dos anos 1980, as atividades, que haviam sido interrompidas nesses locais, foram retomadas e a interdisciplinaridade voltou a ser pronunciada. “A interdisciplinaridade encontrou na ideologia manipuladora do Estado seu promotor maior.” (FAZENDA, 1994, p.30).

Em meados dos anos 1990, a interdisciplinaridade representou um termo indispensável no processo de conhecimento. Tornou-se um elemento fundamental para pesquisas e estudos desenvolvidos nas universidades, escolas e grupos de estudos e discussões. Tais análises foram desenvolvidas com o objetivo de enfrentar a grande contradição encontrada na indiscriminação das práticas intuitivas, em que esse termo apresentava no período.

Durante o processo de pesquisas e estudos sobre a interdisciplinaridade, analisou-se a importância de vivenciar a interdisciplinaridade e trazê-la para a condição da prática, os erros e equívocos encontrados, além de, debater e condenar rotinas e, dessa forma, fazer com que a ciência indique formas diferentes de ação.

“As referidas pesquisas buscaram explicitar o caminho percorrido em práticas interdisciplinares intuitivas, tentando retirar delas os princípios teóricos fundamentais para o exercício de uma prática docente interdisciplinar” (FAZENDA, 1994, p. 34).

Com o decorrer das décadas, o processo de interdisciplinaridade foi englobando elementos que proporcionou uma forma característica, marcante e importante de vivência dessa prática. Essa atividade foi se aprimorando através das pesquisas, que hoje são denominadas fundamentais para a origem da interdisciplinaridade, para o saber, para a prática, para a articulação e coordenação, que envolve elementos da realidade complexa.

É possível perceber que a intencionalidade do processo de interdisciplinaridade pelo qual caminhou, desde os primórdios e ainda caminha atualmente, transforma-se e encaminha-se com o decorrer do movimento da historicidade e da realidade, das modificações no mundo do trabalho, das esferas do social, do cultural, econômico e político da sociedade.

2.2. DEFINIÇÃO DOS TERMOS

2.2.1. Interdisciplinaridade

Neste item será abordado o termo interdisciplinaridade através da perspectiva de alguns dos autores que contribuem com a discussão dessa categoria em diversos campos disciplinares e profissionais. A intencionalidade é proporcionar uma ampla visão relacionada aos termos e as relações que os mesmos estabelecem nas interlocuções e interações entre as disciplinas, bem como suas complexidades diante da realidade que se apresenta.

A busca de definições de cada conceito apresentado é dividida em três fatores: pesquisa, ilustração e a análise de termos interligados ao estudo desenvolvido. Essa iniciativa proporciona uma associação com autores que apresentam essa discussão de temas.

Tal análise pretende contribuir para discussão de conceitos e de propostas que são orientadores da prática profissional, tanto do Serviço Social, como de diferentes profissões, sustentadas por aportes teóricos capazes de intermediar as complexidades da realidade.

Sendo assim, o princípio da interdisciplinaridade apresenta a sistematização de novas práticas em diferentes áreas do conhecimento e que indica uma ampliação do campo profissional do Assistente Social.

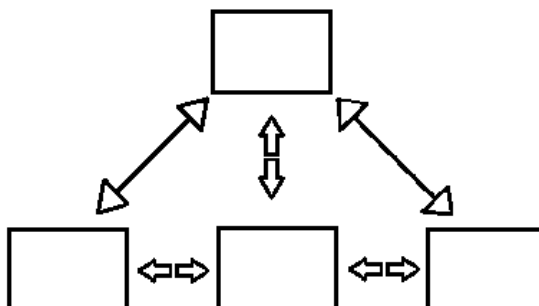
Contudo, é possível relacionar o termo interdisciplinaridade com uma descrição própria em diferentes âmbitos, que visam o progresso das ciências e do saber, no qual inclui

as influências sociais que consideram ligeiramente importantes a superação e ultrapassagem dos limites de cada disciplina.

[...] a interdisciplinaridade também pode ser apresentada como resultante de duas constatações de fato: de um lado, os verdadeiros cientistas não se instalam mais em suas especialidades, mas ensinam que o progresso das ciências abre-se cada vez mais a exigências sempre novas; do outro, os progressos rápidos das diferentes disciplinas – acelerados ao mesmo tempo por necessidades teóricas próprias a cada domínio de pesquisa, por influências sociais mais ou menos sutis e por circunstâncias ou fatores exigindo uma resposta útil, no plano do saber – provocam não somente a constatação dos limites de cada disciplina tomada de *per si*, mas todo um esforço considerável de superação e *ultrapassagem*, que toma forma de colaboração entre disciplinas diversas ou entre setores heterogêneos de uma mesma ciência, para culminar em *interações* recíprocas, onde podemos descobrir uma verdadeira reciprocidade nas trocas de dados, de informações, de resultados, de metodologia, etc. (JAPIASSU, 1976, p. 65).

Ao discutir sobre o termo interdisciplinaridade, Vasconcelos (1997; 2008) ressalta que este é comum num grupo de disciplinas conectadas, com relações hierárquicas e que introduz a noção de finalidade, sem ser necessária a criação do campo do saber autônomo.

Figura 1 – Organização do processo de interdisciplinaridade



Fonte: Elaboração da autora a partir de Japiassu (1976) e Vasconcelos (1997; 2008).

Ainda citando Vasconcelos (1997; 2008), cabe evidenciar que:

A interdisciplinaridade, por sua vez é entendida aqui como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação das diferenças e convergências desses conceitos e, assim, gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos. (VASCONCELOS, 2008, p.47).

Dentro da perspectiva definida, o autor coloca que a caracterização da interdisciplinaridade não ocorre somente quando acontece a interligação dos processos de trabalho em si, mas sim quando a prática da equipe passa a desenvolver objetivos múltiplos, o

que apropriam relações que estão associadas à teoria e a prática juntamente com as políticas. Essa medida tem como objetivo a busca de trocas de experiências e aprendizados que são efetivados a partir das diferenças, dos conceitos e dos princípios.

Melo e Almeida (2000, p. 228) definem o termo interdisciplinaridade através da compreensão de que esta prática “é uma relação de disciplinas a partir de relação hierárquica de uma disciplina integradora e coordenadora de disciplinas que recombina seus elementos internos”. Assim, nas diferenciadas áreas de atuação, pode haver a presença de relações hierárquicas entre as equipes, o que proporciona aos profissionais a busca de elementos para discussão, devido à posição hierárquica, sobre a prática interventiva.

Para os profissionais de diferentes áreas delimitadas, esse debate é de suma importância, pois é através dele que se identificam oportunidades de encontrar dúvidas ou até mesmo em relações que envolvam o trabalho e os agentes elencados e conteúdos que sejam capazes de discutir possíveis atuações interdisciplinares.

A interdisciplinaridade, mesmo para alguns de seus adeptos, não pode prescindir de uma boa dose de disciplinaridade, ou seja, é necessário que o profissional envolvido em trabalhos interdisciplinares funcione como um pêndulo, que ele seja capaz de ir e vir: encontrar no trabalho com outros agentes, elementos para a (re)discussão do seu lugar e encontrar nas discussões atualizadas pertinentes ao seu âmbito interventivo, os conteúdos possíveis de uma atuação interdisciplinar. (MELO; ALMEIDA, 2000, p.235).

Segundo Ely (2003, p.114) a interdisciplinaridade

[...] situa-se, portanto, em um nível avançado de cooperação e coordenação, de forma que todo conhecimento seja valorizado, com relações de intersubjetividade e de co-propriedade baseadas em uma atitude de diálogo. Nesta interação e articulação entre as diversas áreas do saber envolvidas, é preciso haver respeito à autonomia e à criatividade inerentes a cada uma destas áreas, para que não sejam influenciadas ou excluídas deste processo.

Nesta abordagem, faz-se necessária a importância do profissional com um posicionamento e uma postura ética dentre seus relacionamentos com usuários, bem como suas relações interdisciplinares com membros da equipe e com outros membros que estão associados, capazes de articular os conhecimentos próprios com os alheios e propor possibilidades de atuação, sendo que o diálogo é um dos elementos de relativa importância nessa relação. (ELY, 2003).

É considerável ressaltar que a interdisciplinaridade contribui para que as áreas envolvidas no processo de trabalho em equipe sejam favorecidas, o que impulsiona os profissionais a estabelecerem propostas de ações. Em geral, essa medida auxilia a

compreensão das diferentes intervenções e a capacidade de criatividade de cada profissional. O diálogo torna o princípio da interdisciplinaridade uma construção positiva.

Já Nogueira (1998) compreende duas dimensões do termo interdisciplinaridade. Em uma delas o termo é tratado como área do conhecimento, que atribui à interdisciplinaridade uma relevante importância para ser aprofundada e sistematizada pelos pesquisadores.

A outra dimensão refere-se ao termo na perspectiva interventiva ou instrumental, que não se desvincula da primeira e é definida como a aplicação das ações devido aos conhecimentos adquiridos através da pesquisa, com o objetivo de resolver problemas identificados na prática profissional.

A interdisciplinaridade impõe, necessariamente, o estabelecimento de vínculos de integração no processo de trabalho, ainda que no plano teórico não haja uma articulação efetiva. Assim, interdisciplinaridade é mais do que a simples comunicação, podendo ser vislumbrada quando a comunicação ou diálogo sobre e entre saberes e práticas gerar uma integração mútua, constituindo novos saberes e novas práticas que busquem a resolução de um problema concreto. (NOGUEIRA, 1998, p. 43).

Sobre interdisciplinaridade Martinelli (1995) enfatiza que este processo está relacionado à passagem entre as categorias profissionais, teoria e prática, sustentada no aporte teórico específico de cada profissão. Tal processo é direcionado como princípio constituinte da diferença e da criação, o que enriquece o aprendizado e articula com diferentes conhecimentos.

No momento em que Martinelli (1995) faz a sustentação a respeito da interdisciplinaridade, resgata a importância dessa dimensão no movimento de postura profissional. Em outras palavras, significa que no trabalho profissional há momentos de dificuldade para conviver com as diferenças, com as múltiplas profissões, e, por conseguinte a necessidade de rever a postura e a ética profissional, o que proporciona aos profissionais a busca de amadurecimento que se transforma em novo conhecimento e um novo saber. A interdisciplinaridade enriquece e flexiona o trabalho

[...] no sentido de romper com a univocidade de discurso, de teoria, para abrir-se à interlocução diferenciada com os outros. Isto significa romper com dogmatismos, muitas vezes cultivados no interior da profissão. (MARTINELLI, 1995, p. 157).

Em complemento a esta perspectiva é possível destacar a atitude realizada pelos profissionais, em suas práticas, como determinante para o processo da interdisciplinaridade. Mas sem dúvida, a atitude e o fato de adequar o pensamento de outra área ou de outro profissional em determinada situação da prática, pode acarretar contradições.

A atitude é sem dúvida um componente fundamental da interdisciplinaridade, mas ‘aceitar o pensamento do outro’ parece contraditório com a atitude de compromisso e de responsabilidade. Uma coisa é respeitar o pensamento do outro, sendo divergente, ou respeitar diferenças, outra coisa é aceitar pensamentos que trazem proposições contrárias, por exemplo, ao que corresponderia a um projeto ético. (SCHERER, 2006, p.40).

É importante mencionar a existência de um método interdisciplinar, que possui a capacidade, através de instrumentos e críticas das práticas, de superação do afastamento e do isolamento das disciplinas, como também da independência de cada disciplina, que, no entanto, consiste em diminuir as contradições identificadas.

É na descoberta de diferentes definições que o termo interdisciplinaridade sustenta como intencionalidade a real discussão da integração mútua das profissões, o que procede de práticas recombinadas, resultando em enriquecimento e apropriação de novos saberes.

Ao analisar os vínculos entre os autores que utilizamos na discussão sobre o termo interdisciplinaridade, é possível destacar a presença de fundamentos e concordâncias sobre determinadas questões. Nesse sentido, Eidelwein (2007) traz uma abordagem que discute a interdisciplinaridade no sentido de situar a construção de práticas de acordo com métodos dialógicos.

Eidelwein (2007, p. 310) concorda com Ely (2003) e com Nogueira (1998), quando destaca a interação da interdisciplinaridade através do diálogo.

Assim, diante do processo de construção de saberes e práticas interdisciplinares, busca-se reduzir o corte da realidade e criar procedimentos de investigação, representativos e explicativos, que sejam produtos do diálogo entre as disciplinas em questão, sendo irredutíveis apenas a um ou outro campo de saber, uma vez que decorrem de condições criadoras existentes somente no movimento dialógico das profissões envolvidas.

Portanto, o diálogo concentra-se na obtenção de compromissos com a prática interdisciplinar, na busca da constante construção de ações interdisciplinares voltadas ao objeto, o que propõe a investigação da realidade e a superação de fronteiras de cada profissão, devido às complexidades da realidade que são intensamente identificadas. (EIDELWEIN, 2007).

Já no artigo denominado “Saúde e Interdisciplinaridade: mundo vasto mundo” Mendes et al (2008), defendem a interdisciplinaridade e suas possibilidades por demarcar uma profunda interlocução entre as especialidades profissionais, em vista de estabelecer e descobrir diferentes conexões entre as disciplinas.

Nesta perspectiva, é possível mencionar que a interdisciplinaridade é o espaço em que as disciplinas constroem estratégias e, por conseguinte, potencializam a integração dos saberes. Em vista dessa caracterização, debates são válidos em torno das ações, o que forma uma correlação de forças capazes de demarcar a resistência da prática única de uma disciplina.

As autoras ainda afirmam que:

A interdisciplinaridade vai além de uma justaposição ou adição de diferentes ângulos sobre determinados objetos de análise. As disciplinas se comunicam umas com as outras, confrontam e discutem as suas perspectivas, estabelecendo entre si uma interação mais forte. A sua complexidade consiste justamente na sua própria construção, que é impregnada por trocas e articulações mais profundas entre os diferentes elementos participantes. (MENDES, et al, 2008, p. 30).

É possível identificar pontuações associadas às de Mendes et al. (2008), que estimulam debates relacionados ao profissionalismo, barreiras e limites à prática interdisciplinar, o que gera um conjunto de conflitos e complexidades e que envolve a eficácia, a legitimidade das profissões perante a sociedade, as técnicas e saberes, as competências, as reivindicações profissionais, as tomadas de decisões, dentre outros.

De forma mais abrangente destacam-se quatro elementos básicos para a discussão de barreiras e limites profissionais: “processo de inserção histórica na divisão social e técnica do trabalho e constituição dos saberes como estratégia de poder; mandato social sobre um campo específico; institucionalização de organizações corporativas e cultura profissional”. (VASCONCELOS, 2008, p. 51-52).

Esses elementos indicados por Vasconcelos (1997; 2008) permitem apresentar o âmbito do trabalho profissional em vista de diferentes vertentes e que em complemento destas barreiras e limites, consistem no entendimento de práticas profissionais contemporâneas.

Diante disso, é possível salientar que o processo de interdisciplinaridade pressupõe determinada organização, como também uma articulação voluntária e coordenada de práticas que visam um interesse em comum. Essa medida só é válida quando seus objetivos comuns atingem metas e que estas sejam compartilhadas.

É importante ressaltar que essas ações profissionais não podem ser substituídas por especialidades de profissionais ou de saberes diferenciados, pois ela é ao mesmo tempo elemento contributivo para o poder e o saber do profissional.

Scherer (2006) traz em seu posicionamento uma consistente discussão sobre a interdisciplinaridade, onde afirma que ela é em sua primeira impressão uma cooperação entre as especialidades, que a própria divisão do trabalho as separou. No final, essa impressão

muda, pois com o enfrentamento da realidade e as articulações entre as profissões, se concretiza a relação entre conhecimento, atuação e ação.

A interdisciplinaridade é entendida como uma maneira complexa de entendimento e enfrentamento de problemas do cotidiano, instrumento e expressão de uma crítica do saber, que integra e renormaliza as disciplinas em articulação ou cooperação e as profissões delas decorrentes. (SCHERER, 2006, p.53).

Além disso, a disponibilidade dos profissionais com a vivência de práticas elencadas de constantes mudanças e transformações e a própria apropriação da dinâmica da interdisciplinaridade, são essenciais para o aprendizado, crescimento e amplitude do saber profissional e do saber interdisciplinar. (MENDES, et al, 2008).

De forma mais abrangente, convém enfatizar:

Para que se avance na questão da interdisciplinaridade, é importante lembrarmos que essa não anula a especificidade de cada campo de saber. Ela, antes de tudo, implica numa consciência dos limites e das potencialidades de cada campo de saber, para que possa haver uma abertura em direção de um fazer coletivo. (ASSEGA, et. al, 2010, p. 32).

Em complemento a esta posição, entender a construção da interdisciplinaridade significa evidenciar que as categorias de disciplinas associadas entre si tendem a repercutir e procurar a construção de um novo modelo de organização. É nessa organização que se busca o desenvolvimento de concepções que privilegiem o saber, que procurem articular com as aproximações da realidade de forma sistemática, construindo, dessa forma, uma relação sólida entre os sujeitos e objetos identificados.

Essa construção é considerada quando a vinculação e a interação entre as disciplinas, de fato, acontece. Diante disso, as disciplinas têm que possuir um esclarecimento de que não se trata de realizar a substituição das especialidades por generalidades, mas sim destacar uma abordagem ética, com autonomia, o que determina o esclarecimento de especialidades e delimitações, que complementa o saber de cada área.

Se o trabalho prático visando tornar as condições concretas de existência dos homens mais adequadas, sob todos os pontos de vista, está fundamentado numa concepção articulada, construída mediante a contribuição de conhecimentos empíricos e teóricos, não se reduzindo a puro ativismo espontaneísta, então é óbvio que esse trabalho tem de levar em conta a complementaridade de todos os elementos envolvidos. (SOARES, 2008, p. 17).

Segundo Sampaio et. al. (2008), a interdisciplinaridade é definida como um trabalho em comum, onde são considerados os conceitos, diretrizes e metodologias de uma disciplina e que, portanto, a integração entre esses tópicos deve sempre acontecer.

Convém enfatizar que, com relação à interdisciplinaridade, os membros representativos dessas disciplinas ou profissões devem ter consciência que a abertura e a reciprocidade de conhecimentos e domínios do saber são elementos de suma importância na composição de uma equipe interdisciplinar ou numa ação interdisciplinar.

Nessa perspectiva, o trabalho interdisciplinar é um exercício único, com objetivos comuns, onde cada especialidade classificada numa equipe é exigida que sejam ultrapassados os próprios limites de atuação, o que contracena com novos conhecimentos e abrindo-se às contribuições de outros saberes e métodos de outras especialidades.

O conhecimento interdisciplinar deve ser uma lógica de descoberta, uma abertura recíproca, uma comunicação entre os domínios do saber; deveria ser uma atitude, que levaria o perito a reconhecer os limites de seu saber para receber contribuições de outras disciplinas. Toda ciência seria complementada por outra e a separação entre as ciências seria substituída por objetivos mútuos. Cada disciplina dá sua contribuição, preservando a integridade de seus métodos e seus conceitos. (SAMPAIO et. al. 2008, p.83).

De forma mais abrangente as autoras deixam claro que numa atuação em equipes interdisciplinares, onde todo conhecimento é importante e que acrescenta elementos conectivos, a atitude dos profissionais é classificada como diferente e inovadora, não sendo, portanto, uma prática interdisciplinar influenciada por preconceitos, por isso a obrigatoriedade de se falar em atuação aberta. (SAMPAIO et al, 2008).

O conhecimento é um dos elementos fundamentais para a construção da dimensão da interdisciplinaridade, pois é através dele que é possível aprofundar as reflexões das relações da realidade, conforme discussões teóricas.

Assim, o conhecimento e o saber requerem questionamentos e dúvidas que conduzem à compreensão da dinâmica de determinada realidade. E desse modo, a constante busca de conhecimentos e o constante pensar, provocam sempre mais certezas do estudo realizado. Nessa mesma linha, o fato de estudar, pesquisar e aprofundar as demandas atuais da realidade consiste em cada vez mais trabalhar e envolver-se nas reflexões de acordo com a prática do cotidiano, pois a tendência do mundo atual é gerar constantes complexidades e contradições.

Isso nos leva a pensar que qualquer atividade interdisciplinar, seja ela de ensino seja de pesquisa, requer uma imersão teórica nas discussões epistemológicas mais fundamentais e atuais, pois a questão da interdisciplinaridade envolve uma reflexão

profunda sobre os impasses vividos pela ciência atualmente. (FAZENDA, 1994, p.14).

Ainda destacando o termo interdisciplinaridade, é possível defini-lo como um processo de trabalho no qual envolve especialidades diferentes integradas. Nogueira (2000) reproduz um conceito de interdisciplinaridade no qual enfatiza o trabalho em grupo e a integração das especialidades. Assim retrata:

Destacam-se, nesse sentido, o slogan do trabalho em parceria, pressupondo como uma primeira etapa a integração de funções e o binômio unidade-multiplicidade, expresso ora no desenvolvimento de cultura geral, ora na justaposição de conteúdos, ou mesmo na opção por uma visão unitária da equipe sobre os princípios interdisciplinares e na adoção de um método único de trabalho para as várias disciplinas. (NOGUEIRA, 2000, p. 225).

A interdisciplinaridade dentro de sua categoria relacional, dispostas por disciplinas divergentes apresenta fragmentações do termo, assim como, outras formas de interdisciplinaridade pertencentes ao mesmo eixo, porém cada qual com sua variante:

a) Interdisciplinaridade heterogênea: pertencem a este grupo os pontos de vista de caráter enciclopédico, a superação dos estudos de ensinos universitários para estudos especializados e as idéias gerais que surgem através dos estudos, que são geradoras de imobilismo¹. (JAPIASSU, 1976; CARLOS, 2011)

b) Pseudo-interdisciplinaridade: são diversificadas tentativas de utilização de instrumentos de conceitos e análises considerados neutros. (JAPIASSU, 1976; CARLOS, 2011)

[...] o emprego desses instrumentos comuns não é suficiente para conduzir a um empreendimento interdisciplinar. E é por isso que este tipo de colaboração pode ser tachado de falso interdisciplinar. Na realidade, permanece ainda uma grande distância entre os 'domínios de estudo' e os níveis correspondentes de 'integração teórica' de disciplinas tão diversas quanto, por exemplo, a economia, a psicologia e a geografia. (JAPIASSU, 1976, p.79-80).

c) Interdisciplinaridade auxiliar: acontece quando uma disciplina toma por empréstimo os métodos e procedimentos de outra disciplina. O método e prática de outra disciplina podem contribuir com informações que seja de valor para outra disciplina, constituindo em muitas vezes o domínio de estudo. (JAPIASSU, 1976; CARLOS, 2011)

d) Interdisciplinaridade compósita: consiste em agrupar distintas especialidades, com objetivos em comum, para desvendar complexos e problemas postos pela sociedade no geral,

¹ Segundo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (2001), imobilismo significa predileção pelas coisas antigas e/ou aversão ao progresso.

como guerra, fome, violência, poluição e etc. É um conjunto de disciplinas que cada qual transmite seu conhecimento, mas seguras sua autonomia e integridade de métodos. (JAPIASSU, 1976; CARLOS, 2011)

e) Interdisciplinaridade unificadora: pertencem a uma relação estreita dos domínios de estudo das disciplinas, o que realiza integração de teoria e métodos. (JAPIASSU, 1976; CARLOS, 2011). Para ficar mais claro e com uma visão mais ampla, segue exemplo:

[...] certos elementos e certas perspectivas da biologia ganharam o domínio da física para formar a biofísica; a psicologia social e a lingüística se integraram a ponto de dar origem a esta nova disciplina que é a psicolingüística. (JAPIASSU, 1976, p.80-81).

Segundo Japiassu (1976), a interdisciplinaridade possui uma concepção variante, pois varia não somente no nome, mas também no conteúdo pelo qual o termo acarreta, pois apresenta uma aproximação de distintas disciplinas que facilita a colaboração e a integração de novos métodos e conhecimentos. Enfatiza-se também a intensidade das trocas entre as especialidades e o grau de integração real, o que diminui o distanciamento entre as fronteiras das profissões.

Quanto ao termo interdisciplinar, devemos reconhecer que não possui ainda um sentido epistemológico único e estável. Trata-se de um neologismo cuja significação nem sempre é a mesma e cujo papel nem sempre é compreendido da mesma forma. [...] jamais esse espaço poderá ser constituído pela simples adição de todas as especialidades nem tampouco por uma síntese de ordem filosófica dos saberes especializados. (JAPIASSU, 1976, p. 72-74).

Ainda tomando uma aproximação com o termo interdisciplinaridade, Japiassu (1976) vem aplicar uma noção da palavra interdisciplinar, no qual está relacionada com integrações das disciplinas e possui uma proposta de reciprocidade. Portanto, cabe evidenciar que o interdisciplinar passa:

[...] por graus sucessivos de cooperação e de coordenação crescentes antes de chegarmos ao grau próprio ao interdisciplinar. Este pode ser caracterizado como o nível em que a colaboração entre as diversas disciplinas ou entre os setores heterogêneos de uma mesma ciência conduz interações propriamente ditas, isto é, a uma certa reciprocidade nos intercâmbios, de tal forma que, no final do processo interativo, cada disciplina saia enriquecida. (JAPIASSU, 1976, p. 75).

Japiassu (1976) aborda em um trecho do seu livro “A interdisciplinaridade e a patologia do saber” que a teoria do interdisciplinar ainda não está pronta e sim está por ser construída. Para que essa teoria torne-se concreta, é necessário que as experiências já existentes sejam integradas a experiências novas, o que faz com que progrida o conhecimento

e a ciência. Porém, a dificuldade de construção é maior, pelo fato de ser um princípio cada vez mais ligado à prática e às experiências profissionais, onde de acordo com o movimento da realidade, a prática também se transforma a cada movimento e com isso métodos e técnicas inovadoras são incorporados. Assim,

[...] ainda está por ser construída uma teoria do interdisciplinar. Para tanto, talvez fosse preciso confrontar as experiências já realizadas e suscitar novas experiências, a fim de precisar em que condições se fazem as descobertas e se efetuam os progressos nas ciências. Neste domínio, os encontros são quase sempre *fortuitos* entre os especialistas, resultando quase invariavelmente de uma imaginação criadora e combinatória em condições de manejar conceitos e métodos diversos e de colocá-los em presença uns dos outros, dando origem a combinações imprevistas. Em suma, a interdisciplinaridade não é apenas um conceito teórico. Cada vez mais parece impor-se como uma prática. (JAPIASSU, 1976, p. 81-82).

A discussão associada à interdisciplinaridade possui aspecto denso, porém imprescindível, pelo fato de haver distintas concepções e posicionamentos de autores que debatem este tema. Entretanto, esse debate considera-se como necessário e ligeiramente importante principalmente para o encaminhamento das áreas inter-relacionadas, que por sua vez estão associadas ao conhecimento científico e precisam de aportes e pesquisas para o encaminhamento da prática, de acordo com o movimento da realidade.

Assim, a construção da interdisciplinaridade é um caminho necessário para o compartilhamento dos saberes, análises dos elementos, fenômenos e da intervenção na realidade pelo interior das práticas profissionais. Ela está associada à complexidade da sociedade, o que integra os múltiplos interesses e intencionalidades, como o de caráter político, por exemplo, ou seja, não procede com neutralidade em vista dos poderes.

É importante ressaltar que a interdisciplinaridade é um processo pelo qual através da interação, das práticas e dos saberes, se propõe a busca de mudanças e resultados. A interdisciplinaridade contribui para a mudança e a ampliação dos resultados, consiste em articular os sujeitos, sendo eles individuais ou coletivos para colaborar na solução de determinados problemas que atingem a sociedade.

2.2.2. Multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade

A finalidade deste item consiste em indicar sobre a compreensão dos termos que estão interligados a interdisciplinaridade, sendo eles a multidisciplinaridade, a pluridisciplinaridade e a transdisciplinaridade. Tal medida pretende desmistificar, através dos conceitos de distintos

autores que discutem esses termos, no qual garantem um subsídio teórico para discussão, com o principal objetivo de defini-los.

Pode-se dizer que os termos multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade são incorporados através da dimensão das disciplinas existentes, isto é, das distintas profissões que compõem o mundo do trabalho. Cada qual abarca o seu significado e conceitos diferenciados, inclusive quanto às ações, perspectivas e abordagens.

Japiassu (1976) traz uma reflexão do termo multidisciplinaridade, onde retrata que a concepção deste termo não pode ser tratada como inadequada, pois ela é uma justaposição simples em um determinado trabalho, o que envolve o recurso de várias disciplinas, sem implicar um trabalho de equipe coordenado.

Importa ressaltar que:

Quando nos situamos no nível simples multidisciplinar, a solução de um problema só exige informações tomadas de empréstimo a duas ou mais especialidades ou setores de conhecimento, sem que as disciplinas levadas a contribuir por aquela que as utiliza sejam modificada ou enriquecidas. [...] consiste em estudar um objeto sob diferentes ângulos, mas sem que tenha necessariamente havido acordo prévio sobre os métodos a seguir ou sobre os conceitos a serem utilizados. (JAPIASSU, 1976, p. 72-73).

Já sobre a pluridisciplinaridade, Japiassu (1976) considera o termo em sentido restrito. Determina apenas um agrupamento, o que distingue da definição de multidisciplinaridade. De fato, pluridisciplinaridade tem o seguinte sentido:

[...] realizam apenas um agrupamento, intencional ou não, em certos 'módulos disciplinares', sem relação entre as disciplinas. [...] visa à construção de um sistema de um só nível e com objetivos distintos, mas dando margem a certa cooperação, embora excluindo toda a coordenação. (JAPIASSU, 1976, p. 73).

Para Vasconcelos (1997; 2008), também os termos multidisciplinaridade e pluridisciplinaridade se separam e possuem conceitos diferenciados. Consiste em classificar as formas de trabalho profissional com tipos de níveis de configurações, levando em conta o campo das profissões que fundamentam a cooperação.

Sobre a multidisciplinaridade, Vasconcelos (1997; 2008) demonstra que o termo está associado a uma série de disciplinas expostas simultaneamente, mas que não existem relações entre as mesmas, ou seja, não se evidencia a cooperação.

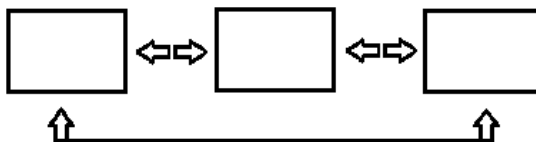
Figura 2 – Organização do processo da multidisciplinaridade



Fonte: Elaboração da autora a partir de Japiassu (1976) e Vasconcelos (1997; 2008).

Vasconcelos (1997; 2008) ainda exemplifica a multidisciplinaridade observando que a mesma não estimula a troca de informações entre as disciplinas, pois trabalham isoladamente, o que destaca um suporte apenas administrativo. Já a expressão pluridisciplinaridade vem com uma definição mais completa, o que propõe uma justaposição de disciplinas distintas, num mesmo nível de coordenação. As disciplinas apresentam-se agrupadas entre si, de modo que as relações no interior delas sejam perceptíveis (VASCONCELOS, 1997; 2008).

Figura 3 – Organização do processo da pluridisciplinaridade



Fonte: Elaboração da autora a partir de Japiassu (1976) e Vasconcelos (1997; 2008).

Vasconcelos (2008, p.48) exemplifica a prática da pluridisciplinaridade da seguinte maneira:

[...] podem ser reuniões clínicas em que casos de clientes são discutidos trocando-se informações dos diversos profissionais que os acompanham, ou reuniões de equipe técnica com profissionais variados que planejam ou avaliam ações e procedimentos científicos ou assistenciais, sem ainda criar uma axiomática própria que coordene seus trabalhos.

Mendes et. al. (2008) refere-se a multidisciplinaridade e a pluridisciplinaridade como sendo um mesmo elemento de coordenação e essa seqüência acontece quando apenas realizam-se agrupamentos intencionais, as disciplinas não interagem entre si e não há uma integração de conhecimentos e as mesmas não se enriquecem através dos saberes de outras disciplinas através das práticas profissionais.

É uma dimensão que visa simplesmente um trabalho que engloba disciplinas diferentes, porém cada qual com sua prática profissional distinta em sua atuação, o que em muitas vezes, intervém no objeto identificado ou na realidade do sujeito.

A multidisciplinaridade ou pluridisciplinaridade evoca uma simples justaposição, num trabalho determinado pelos recursos de várias disciplinas, sem implicar necessariamente num trabalho de equipe coordenado. Quando nos situamos no nível do multidisciplinar, a solução de um problema só exige informações tomadas de empréstimo a duas ou mais especialidades, ou setores do conhecimento. As disciplinas, no entanto, permanecem inalteradas, não interagem não se enriquecem nem são enriquecidas pelo outro saber. (MENDES et. al., 2008, p. 30).

Ainda há uma seleção de autores que discutem os termos multidisciplinaridade e pluridisciplinaridade e que trazem subsídios para nosso estudo. Nesse sentido, podemos destacar as autoras Nogueira (1998) e Ely (2003) que debatem sobre esses conceitos e que consideram como fundamental a importância da discussão dessas semelhanças. Esse diálogo é apontado pelas autoras como imprescindível e tem o objetivo de esclarecer esses termos, cada qual com seu significado.

Por multidisciplinaridade, Nogueira (1998, p. 43) descreve o seguinte conceito:

A multidisciplinaridade pode ser encontrada quando profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, com grau mínimo de cooperação e troca de informações, coordenados administrativamente no plano institucional. É usual em práticas ambulatoriais convencionais, sendo que a única inter-relação é um sistema de referência e contra-referência.

Na dimensão da multidisciplinaridade, Ely (2003, p. 114) indica a conceituação do termo de forma mais objetiva. Em se tratando de multidisciplinaridade, “o trabalho acontece de forma isolada, geralmente com troca e cooperação mínima entre as disciplinas”.

Já sobre a pluridisciplinaridade, Nogueira (1998, p. 43) apresenta um exemplo de atividade na área da saúde, o que destaca uma compreensão mais clara do termo:

A pluridisciplinaridade tem como exemplo as reuniões clínicas, onde os casos clínicos são discutidos e se trocam informações entre os profissionais que cuidam dos mesmos, podendo inclusive haver um planejamento ou uma avaliação de ações e procedimentos terapêuticos, não havendo uma teleologia própria que presida os trabalhos. A partir da discussão, cada profissional encaminha suas ações de forma independente, sem fugir de seus limites e objetivos profissionais restritos e pré-estabelecidos.

Ely (2003, p. 114) tece considerações a respeito do termo pluridisciplinaridade indicando que “as disciplinas se agrupam de forma justaposta, com cooperação, porém cada profissional decide isoladamente”.

Entretanto, as autoras em suas obras favorecem a visualização do contexto e buscam uma comunicação com outras referências e com outros autores. Assim, identificam-se em suas idéias, que ambas concordam com Vasconcelos (1997; 2008), quanto aos termos supracitados.

Em se tratando do termo transdisciplinaridade, implica em uma proposta inovadora e atual, no qual Mendes et. al. (2008) compreende que é um elemento que se dedica a questão das disciplinas em relação à superação. Estabelece, no entanto, uma aproximação entre as disciplinas e propõe a cada uma delas encarar os fatos, objetos e fenômenos como um todo.

Japiassu (1976), ao citar a transdisciplinaridade refere-se a Piaget², onde sua conceituação está relacionada a uma etapa superior, que não atinge interações e reciprocidade nas pesquisas, mas possui ligações com um sistema total, sendo que as fronteiras se findam entre as disciplinas. Em outras palavras, a transdisciplinaridade se dá enquanto um nível máximo entre as disciplinas e que no qual, com determinadas situações da realidade, torna-se mais lento e difícil de ser atingido.

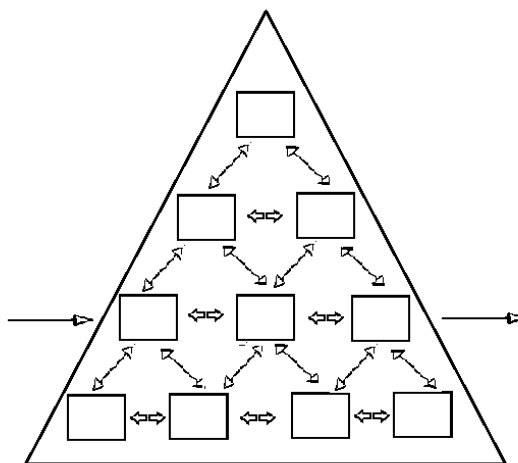
Em detrimento a essa compreensão, a transdisciplinaridade reconhece o alto fragmento das profissões e possibilita a permanência do acolhimento das diferenças, aceita as propostas de fontes distintas para que se efetue a equidade e a universalidade.

A transdisciplinaridade é uma postura epistemológica porque revela a possibilidade de aceitar o conhecimento provindo de diferentes fontes e ancorados no paradigma da universalidade, pelo seguinte motivo: etimologicamente, a palavra universal compreende o uno e o múltiplo (Unis = um, uno e Diversitas = Diversidade), portanto, traz em si a ideia da unidade na diversidade e apenas na diversidade. (MENDES, et. al., 2008, p. 31).

Para Vasconcelos (1997; 2008) a transdisciplinaridade é um sistema de níveis diversificados e objetivos múltiplos, porém com uma coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas existentes, mas ligeiramente determinadas com finalidades em comum. Nessa dimensão é destacada a importância das relações entre as profissões e considerada a tendência de horizontalidade das relações de poder.

² Autor importante que cria o novo termo que completa a gradação: transdisciplinaridade.

Figura 4 – Organização do processo da transdisciplinaridade



Fonte: Elaboração da autora a partir de Japiassu (1976) e Vasconcelos (1997; 2008).

Melo e Almeida (2000) por sua vez, corroboram com a afirmação da existência de conceitos dissemelhantes e, desse modo, explicitam a necessidade de pontuar as diferenças entre os termos multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade.

Cabe evidenciar que, mesmo que os termos determinem grande semelhança visual, cada um se destaca por haver uma contribuição diversificada na atuação profissional de equipes, adicionados às suas especializações.

Assim, a transdisciplinaridade agrega diferentes objetivos que, Melo e Almeida (2000, p. 228) consideram como “[...] integrantes de diferentes níveis e relações entre as disciplinas, com tendência à horizontalização das relações de poder e criação de campos novos de conhecimento – radicalização da interdisciplinaridade”.

Passa a introduzir reflexões não só a respeito da multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade, como também, procura estabelecer às disciplinas e suas categorias, uma postura profissional com princípio inovador, completo e competente, sempre dispostos a praticar as dimensões dentro de uma equipe de trabalho.

Quanto à multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade, segundo Sampaio et. al. (1989), há entre esses termos uma graduação, isto é, cada um deles possui classificações de acordo com escalas e conforme seus níveis estabelecidos. Em outras palavras, a multidisciplinaridade e a pluridisciplinaridade constituem etapas para a interação de equipes e disciplinas distintas.

No entanto, procuram conceituar os termos de acordo com a contribuição de cada disciplina, que por sinal concordam com Mendes et. al. (2008) quando ambas dizem que esses termos não se separam.

[...] multidisciplinaridade e pluridisciplinaridade entende-se por uma reunião de conteúdos de disciplinas heterogêneas ou a integração de conteúdos numa disciplina, alcançando a integração de métodos, teorias ou conhecimentos. (SAMPAIO, et. al. 1989, p.83).

Na mesma linha, as autoras discutem sobre o processo de construção da transdisciplinaridade, que embora também apresentem nas relações das disciplinas, consideráveis etapas para a interação, é destacada por um nível mais alto das relações entre as disciplinas ou profissões. Isto quer dizer que as etapas são iniciadas nos níveis multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e interdisciplinaridade para alcançar a transdisciplinaridade.

As dimensões multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade são definidas como processos pelos quais determinam o encaminhamento das equipes e grupos de trabalho, compostas por profissionais de diferentes áreas e especialidades. Essas dimensões são identificadas a partir de fundamentos, princípios e também de problemas e objetivos que são encarados como complexos. As experiências, os métodos e as sínteses de riqueza conceitual de cada disciplina, são elementos destaques que promovem a busca de interação, de debates e discussões, que no final tendem a valorizar cada dimensão com suas determinadas características e conceitos.

Portanto, as práticas profissionais estão extremamente associadas aos princípios teóricos, que apresentam-se como fundamental existência no mundo do trabalho. Em vista disso, a multidisciplinaridade, a pluridisciplinaridade e a transdisciplinaridade são graus sucessivos de cooperação, em torno de um mesmo objeto, onde se destaca o acréscimo, a articulação e a coordenação entre as práticas profissionais.

2.3. O TRABALHO (INTERDISCIPLINAR) EM EQUIPE NA SAÚDE

O desenvolvimento deste item proporcionará uma aproximação com a área da saúde, no qual é direcionado o tema de nossa pesquisa e aponta como referência o indispensável relacionamento entre profissionais que gera um importante enfoque ao trabalho em equipes e ao trabalho interdisciplinar, no qual envolvem as múltiplas profissões da área da saúde.

É importante resgatar que, a política de saúde, passou por muitas conjunturas, vários contextos e conseqüentemente por inúmeras mudanças e transformações até chegar ao modelo de saúde pública em vigor atualmente.

Ao iniciar a discussão voltada para a dimensão da saúde, houve a necessidade de explicitar o conceito ampliado de saúde, com vistas ao referencial da saúde pública, pois este fundamenta o trabalho em equipes, e o processo de interdisciplinaridade, bem como esclarece o modelo utilizado na saúde privada suplementar.

Antes de adentrar propriamente no estudo do trabalho em equipes e interdisciplinar na saúde, é importante discorrer brevemente sobre o histórico do processo de implantação da política de saúde no Brasil, os seus movimentos sociais e de lutas, as institucionalizações e a extensão da importância desse histórico, para se chegar ao conceito ampliado de saúde.

No Brasil, a assistência médica surgiu através do processo de industrialização, que pôs fim ao modelo econômico agroexportador do país, e que encontrou posteriormente através da Previdência Social um movimento simultâneo de crescimento, especificamente através da Lei Eloy Chaves, onde criaram-se as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's).

O governo brasileiro, na conjuntura de país agroexportador, apresentava uma preocupação com a política de saneamento, o que desencadeou ações voltadas para campanhas sanitárias. Este modelo foi voltado ao saneamento dos espaços de circulação de mercadorias, erradicação e controle de doenças visando não exportar junto às mercadorias, as distintas doenças existentes no país e não prejudicar a própria exportação. Nesse período estavam postas as bases do Modelo Médico-Assistencial Privatista.

Em conseqüência do processo de industrialização do país, houve a consolidação do fim do modelo econômico agroexportador e a constituição de um corpo de trabalhadores urbanos que reivindicavam ações na área social, em especial de saúde. Essas reivindicações abriram as portas ao aparecimento da assistência médica previdenciária.

Em função das CAP's³, a assistência médica na década de 1920 passa a ter uma atribuição centralizadora, diferentemente do período de existência dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), que caracterizavam-se por ter em um desses institutos preocupação com a acumulação mediante ao caráter contencionista da Previdência Social. A assistência a saúde colocava-se como um funcionamento secundário e provisório.

³ Eram organizadas por empresas, administradas e financiadas por empresários e trabalhadores. As CAP's na década de 1930 davam cobertura a 142.464 beneficiários. (MENDES, 1995).

Contudo, a Lei Orgânica da Previdência Social vem determinar a garantia de uniformização dos benefícios. Aliás, foi também nesse período que ocorreu a coalizão internacional modernizadora, que resultou na centralização de recursos no governo federal, o controle do déficit público e a criação de fundos específicos não tributários para dar suporte a políticas setoriais, isto é, enfatiza-se o papel regulador do Estado e exclui outros tipos de controles. (MENDES, 1995).

Posteriormente, substituem-se os IAP's pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual se caracteriza pela uniformização dos benefícios. “Esse processo de incorporação com centralização dá-se com resistências dos grupos privilegiados pelo antigo sistema corporativo”. (MENDES, 1995, p.22).

A criação do INPS trouxe uma maior centralidade ao Modelo Médico-Assistencial Privatista, principalmente tratando-se da centralidade da figura do médico, que por sua vez realçava a medicina da cura. Ainda assim, esse modelo privilegiava e favorecia algumas classes sociais, que procuravam a cura de doenças através de custos muitos altos.

É importante mencionar as principais características do Modelo Médico-Assistencial Privatista, que segundo Oliveira e Teixeira (1986, apud MENDES 1995, p. 22) são:

- a) A extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural;
- b) O privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;
- c) A criação, através da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial;
- d) O desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento do produtor privado destes serviços. (MENDES, 1995, p.22).

A centralidade desse modelo médico foi consolidada por atores relevantes como a tecnoburocracia estatal e os produtores de serviços e bens médicos, no qual resultou-se em uma extrema burocracia, com grandes influências da ligeira propagação de clientes da Previdência Social. (MENDES, 1995).

Ao partir desta perspectiva, o Modelo Médico-Assistencial Privatista passa a ter grandes ganhos nos serviços contratados e também naqueles que permitiam convênios. A complexidade e a densidade tecnológica de mecanismos, tais como máquinas e produtos, favoreceram a área médica nos lucros e ganhos, principalmente quando se tratava de empresas médicas e de incorporação tecnológica, onde o processo de capitalização era extremamente crescente.

A ampliação dos beneficiários da Previdência Social teve como auge o surgimento das distintas modalidades assistenciais, das diferentes “formas de contratação com o setor privado que começa a fracionar-se segundo interesses particularizados”. (MENDES, 1995, p.23).

Em detrimento desta vasta ampliação, que afeta a política de saúde, do fim do período de expansão econômica e o início da abertura política gradual do Brasil, é que surgem os questionamentos e interrogações a esta política de saúde.

É considerável enfatizar que, esse é o momento em que se observam grandes implicações do Modelo Médico-Assistencial Privatista, onde o governo, no ano de 1974, adota uma série de reformulações com ligações diretas e indiretamente voltadas às políticas de saúde. São elas:

- a) Separação da área previdenciária da área do trabalho, através da Lei nº 6034, que cria o Ministério da Previdência e Assistência Social;
- b) Implantação do Plano de Pronta Ação (PPA) que universaliza a atenção às urgências. O PPA reorganiza as relações da Previdência Social com diferentes prestadores através de formas de pagamento distintas: contratos e credenciamentos por serviços prestados e convênios por subsídio fixo. Ademais, passa a remunerar instituições estatais e a influir fortemente nos hospitais universitários através do protocolo MPAS-MEC, de 23 de outubro;
- c) Implantação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), através da Lei 6.118, com a finalidade de constituir uma instância superior de coordenação das ações setoriais no campo social;
- d) Instituição do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), instrumento destinado a financiar o investimento fixo de setores sociais;
- e) Criação da DATAPREV, empresa de processamento de dados da previdência social que viria a ter importante papel no controle e na avaliação dos serviços de saúde. (MENDES, 1995, p.23-24).

É importante destacar que essas mudanças estavam ligadas a Previdência Social, mas mesmo que tenham afetado a área da saúde, foi pouca repercussão, pois a criação de determinadas instituições favoreceram o caminho para os grandes investimentos em equipamentos e produtos médicos que estavam concentrados na expansão e no incremento de serviços de alta densidade tecnológica.

Esse é um momento importante para configurar um padrão de desenvolvimento de um setor privado de corte cartorial que apresenta características absolutamente especiais: capital fixo subsidiado reserva de mercado e, por conseqüência, baixíssimo risco empresarial e nenhuma competitividade. (MENDES, 1995, p. 24).

Destacam-se ainda alguns pontos relevantes que foram indispensáveis para que o processo de crise desse modelo viesse a tornar-se efetivo (com ações de representantes sociais, parte da burocracia federal, algumas Secretarias Estaduais de Saúde e o movimento

sanitário com seus órgãos de apoio político-ideológico) e que a partir disso originou-se motivações para que futuramente viesse a ser pensado em um novo modelo de saúde pública:

- A prática médica dominante não era capaz de alterar os perfis de morbimortalidade;
- Os custos crescentes do Modelo inviabilizavam sua expansão;
- Ausência de critérios para a compra de serviços nos hospitais era incompatível com uma ação racionalizadora da rede privada.
- O modelo dual gerava superposições, descoordenações e ausência de controle. (MENDES, 1995, p. 31).

Esses aspectos fizeram emergir uma grande insatisfação popular em relação à ‘política de saúde da ditadura’ e geraram as bases para o movimento contra-hegemônico da saúde que, posteriormente, nos anos 1980 conforma-se como a Reforma Sanitária Brasileira.

É por este motivo que aos poucos aparece o crescimento de um novo modelo assistencial denominado medicina de grupo, que era viabilizado a partir de convênios com empresas, no qual era responsável pela atenção médica aos empregados e recebia em troca um subsídio vindo da Previdência.

A partir desse período é que o processo de construção da política de saúde foi aos poucos se uniformizando. Foram criados alguns espaços institucionais como consequência de movimentos de trabalhadores, que lutavam por direitos aos cidadãos, sejam trabalhadores formais ou não: o direito à saúde.

Embora tenha ocorrido a criação de espaços de luta dos cidadãos, na Nova República, ocorreram eventos importantes que envolveram a política e a saúde: as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) que visavam a discussão da situação de saúde do país.

Convém enfatizar que a ocorrência mais importante dentre as Conferências foi a VIII CNS que teve como características um aspecto democrático, com a presença significativa de representantes das forças sociais interessadas na questão da saúde.

Estava estabelecido o consenso possível entre os partidos políticos, instituições públicas de saúde, alguns produtores privados de bens e serviços, universidades, movimento sanitário, parlamentares e organizações não governamentais, presentes na arena política da saúde [...]. (MENDES, 1995, p.42).

Verifica-se, nessa perspectiva, que a Reforma Sanitária foi um dos instrumentos resultantes de lutas mais importantes naquele período, pois ela somente toma formato num círculo democrático, onde aparece a emergência de sujeitos políticos, assegurando a liberdade e o governo dos cidadãos. É intrínseco definir o processo de Reforma Sanitária e suas perspectivas.

Reforma Sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema. (MENDES, 1995, p. 42).

Desse modo, alguns dos assuntos discutidos na VIII CNS foram direcionados em três aspectos fundamentais: o debate de um conceito abrangente de saúde, ou seja, a saúde não como um conceito abstrato; a saúde como direito de cidadania e dever do Estado e a proposta de reformulação do Sistema Nacional de Saúde para implantar o Sistema Único de Saúde (SUS). (MENDES, 1995).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve como desdobramento imediato um conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, passa, com sua doutrina, a constituir-se no instrumento político-ideológico que viria influir de forma muito significativa em dois processos que se iniciam, concomitantemente, no ano de 1987: um, no executivo, a implantação do SUDS e, outro, no poder legislativo, a elaboração da nova constituição brasileira. (MENDES, 1995, p.43).

A trajetória da elaboração da nova constituição brasileira foi um dos elementos mais importantes para a extensão universal da saúde, que teve aos poucos incorporados algumas temáticas defendidas pela Reforma Sanitária. “Mais importante é o texto produzido pela Assembléia Nacional Constituinte e que resulta de acordo possíveis, no interior do Congresso Nacional, entre diferentes atores sociais referidos à questão da saúde”. (MENDES, 1995, p.47).

Em complemento a esta posição, é essencial apresentar a nova lógica organizacional referida pela Reforma Sanitária e incorporada pela Constituição Federal de 1988, através de um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes extraídos da prática, onde destaca-se a questão da saúde na Constituição mediante aspectos fundamentais:

- a) O conceito de saúde entendido numa perspectiva de uma articulação de políticas sociais e econômicas;
- b) O entendimento da saúde como direito social universal derivado do exercício de uma cidadania plena;
- c) A caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública;
- d) A criação de um Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização com mando único em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade;
- e) A integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade. (MENDES, 1995, p.47).

Assim, a VIII CNS trouxe em seu relatório final o projeto da Reforma Sanitária brasileira (que logo após vem integrada à Constituição Brasileira de 1988) e também a ampliação da discussão voltada ao conceito ampliado de saúde, no qual abrange todos os cidadãos do país.

De fato, o debate passa a acontecer no momento em que se enfatiza que o conceito de saúde não está voltado a situação de ausência de doenças. Como retrata Arouca (1986, p. 35) “não é simplesmente o fato de que, num determinado instante, por qualquer forma de diagnóstico médico ou através de qualquer tipo de exame, não seja constatada doença alguma na pessoa”.

O conceito ampliado de saúde vem abordar essa temática que favorece o cidadão trabalhador ou não, no qual considera a saúde, além da ausência de doenças, como uma dimensão que deve ser entendida na constatação de bem-estar físico, mental e social de uma pessoa.

Segundo Arouca (1986), o conceito ampliado de saúde é realmente tratado como o próprio nome enfatiza. Amplo, abrangente, que não encontra barreiras para ser atingido, que compreende os direitos de todo cidadão, para que possa usufruir de distintas maneiras para poder sobreviver.

Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até, a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo [...]. (AROUCA, 1986, p. 36).

Ao partir dessa linha, a saúde ganha uma dimensão muito maior do que a mera utilização de hospitais, consultórios, clínicas, exames, medicamentos e etc. A dimensão que a saúde passa a ter é a de superar as interlocuções com doenças, adoecimentos e enfermos e atravessa certo momento para um nível de qualidade de vida, que muitas vezes ainda não foi alcançado pelo sujeito, mas essa qualidade de vida existe, pois ela está sempre sendo desejada.

[...] cada vez, enfim, que tais direitos são assegurados há uma população que luta mais e com maior consciência para transformar essa sociedade, visando a um nível

de vida melhor, um bem-estar condizente com o crescimento acelerado da civilização tecnológica. Isto é o que queremos. (AROUCA, 1986, p. 37).

É por este motivo que mediante o conceito ampliado de saúde surgem também questões importantes para a ampliação da temática da saúde. São questões denominadas de saúde preventiva, promoção da saúde, cuidados terapêuticos e reabilitação. Algumas dessas relações são determinantes para uma pessoa que não apresenta nenhum tipo de doença e que passa a se cuidar para evitar aparecê-las.

Os aspectos de prevenção e promoção visam a qualidade de vida e o bem-estar do ser humano, o que passa a prevenir doenças mediante tratamentos e cuidados, para que as mesmas e as conseqüências causadas por elas não apareçam ou sejam curadas.

Aliás, esses novos aspectos que foram aos poucos integrados à dimensão da saúde são intrinsecamente voltados não somente à cura, ou seja, não estão meramente centralizados na área da medicina, mas abarcam a abrangência de distintas áreas profissionais.

Essa abrangência, por conseguinte, concentra-se em profissionais que estão diretamente interligados à saúde, mas que possuem como objetivo maior a qualidade e o bem-estar do indivíduo, no qual este busca viver intensamente sem sofrimentos que a própria vida e suas rotinas, muitas vezes a proporcionam. Essa relação acaba por romper com a figura centralizada do médico, que anteriormente ao conceito ampliado, era a figura central da política de saúde.

Sendo assim, o aumento de profissionais na área da saúde foi apresentando-se fundamental e a inserção de outros profissionais de saúde como nutrição, fisioterapia, serviço social, psicologia, enfermagem, farmácia, educação física, dentre outras, foi crescendo cada vez mais. A importância desse crescimento, não só através do número de profissionais, mas da interação de conhecimentos foi fundamental para consolidar a ideia do trabalho em equipes.

O trabalho em equipes surge visando atender as demandas da saúde cada vez mais atuais, que sofrem mudanças mediante a realidade transformadora. Um fator que carrega enorme responsabilidade na relação do trabalho em equipes é o investimento na qualificação profissional com o objetivo da melhoria da atenção e do atendimento integral em saúde.

No plano individual, certas competências e habilidades técnicas somadas a um conhecimento amplo têm sido cada vez mais desejáveis, englobados sob a ótica da multiespecialização, responsável por tornar o profissional apto a superar desafios e romper com a visão de trabalho linear e previsível, herança de um processo institucionalizado de organização social de produção, originado nas concepções do modelo taylorista/fordista, nos quais os profissionais dominavam técnicas parciais, fragmentadas e isoladas. (PINHO, 2006, p. 69).

Nesse sentido, o trabalhar em equipes na área da saúde, proporciona uma visão muito mais ampla da realidade, pois envolve determinadas áreas profissionais e de conhecimento que favorece a compreensão e a clarificação de interrogações e questionamentos identificados nas demandas atendidas. No entanto, é nessa perspectiva que há uma reciprocidade de informações, de conhecimentos, de métodos e técnicas, para então debater e compreender as situações do cotidiano, sendo elas voltadas para a área da saúde ou não.

O trabalho em equipe,

[...] não tem na sua origem apenas o caráter de racionalização da assistência médica, no sentido de garantir a melhor relação custo-benefício do trabalho médico e ampliar o acesso e a cobertura da população atendida, mas também responde à necessidade de integração das disciplinas e das profissões entendida como imprescindível para o desenvolvimento das práticas de saúde a partir da nova concepção biopsicossocial do processo saúde-doença. (PEDUZZI, 2011, p. 1).

É importante ressaltar que o trabalho em equipe na saúde, envolve distintas áreas da ciência e do conhecimento, sendo que o envolvimento entre elas exige a identificação de propósitos e objetivos em comum, a integração entre os membros da equipe, para que estas sinalizem um conjunto de metas capazes de agrupar os objetivos individuais de cada um.

O trabalho em equipe surge assim como uma estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade nos serviços. Entre estes processos podemos citar o planejamento dos serviços, o estabelecimento de prioridades, a redução da duplicação dos serviços, a geração de intervenções mais criativas, a redução de intervenções desnecessárias pela falta de comunicação entre os profissionais, a redução da rotatividade, resultando na redução de custos, com a possibilidade de aplicação e investimentos em outros processos. (PINHO, 2006, p. 70).

É interessante comentar que, a principal estratégia do trabalho em equipes é trabalhar sempre com objetivos comuns, porém cada qual na sua especificidade, o que promove além da qualidade nos serviços, a segurança em trabalhar com outra especialidade. Sendo assim, através do planejamento desenvolvido em conjunto, a ação torna-se cada vez mais competente e mediante a integração de metodologias, passam a não ferir os diferentes Códigos de Ética Profissional presentes na equipe de trabalho.

Convém enfatizar a necessidade do desenvolvimento de uma definição de trabalho em equipe na área da saúde, onde Pinho (2006, p. 71) traz uma indispensável definição:

[...] o trabalho em equipe possui elementos universais que estão na base de formação e caracterização de qualquer equipe e elementos particulares que irão trazer certas peculiaridades no olhar do pesquisador. A equipe de saúde, apesar de possuir todos os elementos considerados cruciais para o seu desenvolvimento e manutenção, em

comparação com as equipes em geral, conta ainda com algumas particularidades, em especial as relacionadas com a condição da convivência entre especialistas”.

Ainda cabe evidenciar que, o trabalho em equipe também corresponde ao conjunto de diversidades de pontos de vista dos membros, a uma mistura de competências de cada área, o que resulta em diferenças de visões e de opiniões, no qual muitas vezes torna-se um conflito, mas um conflito rico em conhecimentos.

É importante então reconhecer que o conflito é necessário e desejável a fim de proporcionar o crescimento e desenvolvimento da equipe. O conflito encoraja a inovação e a solução de problemas de forma criativa e o êxito obtido na confrontação e resolução das diferenças promove o aumento da confiança e compreensão entre os membros da equipe. (PINHO, 2006, p.73).

Um dos principais fatores que tornam o trabalho em equipe na saúde eficaz e indispensável é a questão do conhecimento e da confiança entre os membros, no qual agregasse ao componente da comunicação e do diálogo.

Por este motivo, é que numa equipe deve haver a presença do componente chamado comunicação, sendo que esta não deve ser hierárquica entre os membros, mas sim uma via de mão dupla e uma colaboração, ou seja, uma comunicação com foco no objetivo facilitando o compartilhamento de informações e conhecimentos, mediante cooperações e coordenações.

A colaboração é definida como um processo de comunicação articulada e tomada de decisão com o objetivo de satisfazer as necessidades de atenção à saúde da população-alvo. A base da colaboração é que a qualidade do cuidado ao paciente é realizada pela contribuição de todos os profissionais. A verdadeira prática colaborativa não é hierárquica, pressupondo que a contribuição de cada participante está baseada no conhecimento ou expertise. Os componentes do modelo de prática colaborativa englobam um grupo comum de pacientes, objetivos comuns visando o êxito do paciente e um compromisso compartilhado para encontrar estes objetivos, a compreensão pelos membros da equipe sobre os papéis de cada um, um mecanismo de comunicação e um mecanismo para monitorar os resultados dos pacientes. (PINHO, 2006, p. 74).

Cabe também destacar que, uma equipe de trabalho deve direcionar sua atenção no sentido de definir os limites de cada categoria profissional no interior da área da saúde, de ter diferenciação de tarefas, definição das funções dos membros da equipe, no qual proporciona um limite para cada competência e define também limites para os domínios de cada profissão.

As demandas identificadas pela equipe num atendimento ou numa situação de emergência têm que haver um roteiro de participação igualitária de todos, sem haver uma liderança imediata, ou seja, em muitas situações a liderança até surge, mas deve ser determinada pela origem ou pela natureza do problema, no qual envolvem fatores culturais, de gênero, políticos, econômicos e de poder.

[...] em primeiro lugar a necessidade de delimitação do objeto e do método de investigação comum. E em segundo lugar, o fato da busca de integração ocorrer num emaranhado de relações sociais, interpessoais, intrapessoais, no meio ideológico, filosófico, afetivo, cognitivo e ético e acima de tudo permeado por outros grupos e instituições suprapessoais (em nível de instituição como um todo ou ao nível da equipe de saúde). (PINHO, 2006, p. 77).

Sendo assim, o trabalho em equipe desenvolve estratégias de atendimentos e de identificação de demandas, que busca envolver todas as áreas de conhecimento pertencentes ao conjunto. No entanto, para que o trabalho seja englobado por toda a equipe, cada membro determina articulações de ações profissionais de acordo com seus critérios e suas competências.

É na relação de trabalho em equipe que destacam-se as características das equipes em função do agir profissional de cada um, da articulação com outros membros, do foco no objetivo a ser alcançado, das resoluções de problemas, da comunicação e dos critérios que envolvem a avaliação. Dessa forma, cada equipe de trabalho possui formas de envolvimento, de integrações, de reciprocidade, de análises e etc., que destacam os tipos diferenciados de trabalho em equipe. Na área da saúde e no tema desta pesquisa ressalta-se a interdisciplinaridade associada ao campo da saúde.

A ação interdisciplinar permite uma visão mais global e integrada da realidade, do todo social que incide sobre o processo saúde-doença, favorecendo o entendimento de relações pessoais, sociais, subjetivas e emocionais, que permeiam o cotidiano do paciente e de seus familiares. (NOGUEIRA, 1998, p.45).

O trabalho interdisciplinar na área da saúde consiste em englobar as ciências que trabalham e desenvolvem pesquisas nessa dimensão e são influenciadoras da cura, do tratamento, da reabilitação, da promoção e prevenção da saúde do ser humano, nos aspectos sociais, físicos, biológicos e psíquicos.

Vasconcelos (1996, apud NOGUEIRA, 1998, p. 44) avalia a interdisciplinaridade na área da saúde e destaca a importância da ação de uma equipe:

A discussão da importância da ação interdisciplinar na atenção de qualidade na área da saúde não visa o retorno a uma idéia totalizadora do saber, sob a hegemonia de uma única disciplina, mas sim o de reintroduzir, no debate e nos encaminhamentos operativos, as situações atuais e de risco. São estas situações atuais e de risco que, analisadas e pesquisadas intensivamente pelos profissionais envolvidos com a saúde, possibilitaram a instituição de novos modelos ou paradigmas de atenção ao enfermo que demanda o sistema ambulatorial, hospitalar ou a esfera preventiva.

A interdisciplinaridade no campo da saúde vem sendo em passos lentos tratada cada vez mais como um indispensável componente nas intervenções às demandas, no qual a troca de informações, a boa comunicação e a gama de conhecimentos são fundamentais numa equipe caracterizada. A proposta permite evidenciar a reciprocidade entre os membros, que auxiliam entre si nas exigências de determinadas situações.

A integração, o envolvimento, o comprometimento e a dedicação às demandas são elementos que destacam uma equipe num processo interdisciplinar, que propõe a realização de um atendimento qualificado, o que visa sempre a boa recuperação do paciente atendido, sendo em muitas vezes mediante a prescrição de algum tratamento. Esse bom atendimento e a atenção dedicada promovem um bom relacionamento entre os profissionais de distintas áreas que compõe determinada equipe, o que demonstra a satisfação do paciente, pois mediante as articulações, envolve a vasta visão, tanto de profissionais como de pacientes, da assistência a saúde de uma forma ampliada.

SEÇÃO II

3. APROXIMAÇÃO COM O TRABALHO EM EQUIPE DO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR.

Esta seção vem abordar a aproximação com o Programa de Atenção Domiciliar, no qual enfatiza-se suas características institucionais, a composição de suas equipes, o motivo da sua criação, seus objetivos, visões, valores e ética profissional. A partir dessa abordagem, apresentam-se os aspectos metodológicos, onde especifica o tipo de metodologia aplicada para a coleta de dados e o processo de aproximação com os sujeitos envolvidos. Em seguida realiza-se a análise dos dados coletados a fim de atingir o objetivo geral do trabalho.

3.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR

O Programa de Atenção Domiciliar está inserido numa instituição de saúde privada, que abrange uma ampla gama de profissionais, sendo estes de diferentes especialidades. São profissionais que trabalham com qualidade e buscam atender as demandas objetivando a satisfação dos pacientes, prestadores de serviços e trabalhadores em consonância com a melhoria contínua dos processos.

O mês de novembro de 1999 foi a data em que oficialmente se formatou o Programa de Atenção Domiciliar, com vistas à necessidade de fazer um acompanhamento ao paciente no âmbito domiciliar e com ações voltadas especialmente para o cuidado de pacientes dependentes com situações crônicas de saúde. A atenção e o cuidado com os pacientes permitem e abrangem uma ampla estrutura física, bem como um corpo de profissionais voltados para as intervenções junto às famílias ou responsáveis, junto a outros profissionais externos à equipe, e ao próprio paciente adoecido.

Na perspectiva da instituição privada, o Programa de Atenção Domiciliar surgiu como um modelo alternativo ou complementar em virtude dos altos custos com a assistência e internação hospitalar para a instituição, no tratamento de pacientes com doenças crônicas degenerativas e com necessidade de assistência de saúde contínua. Esse modelo alternativo propõe com mais intensidade, conforme a avaliação da equipe, o retorno do paciente ao convívio familiar.

Dentro do programa destaca-se a figura profissional do médico, que ao ser encaminhado um paciente ao programa, é indispensável a avaliação deste membro. É este

profissional que avalia a situação clínica do paciente, verifica se o paciente encontra-se estável com diagnóstico e terapêutico definidos, pois com essas informações o médico que é o responsável em avaliar, consegue identificar o estado clínico do paciente.

Na mesma perspectiva, os demais profissionais também apresentam função determinante para que o paciente seja inserido no programa, como por exemplo, a intervenção do assistente social que vai analisar os critérios do programa de acordo com a complexidade de cada paciente. O assistente social traz uma ação reflexiva referente as seguintes questões: contexto sócio-familiar, condições de segurança, higiene, acesso aos direitos sociais, garantia de acesso a saneamento básico e condições de habitabilidade, inclusive realiza um trabalho voltado às orientações de funcionamento do programa. Ainda assim, podemos citar também os profissionais de nutrição e de fisioterapia, que apresentam um olhar voltado à reabilitação e os técnicos de enfermagem e enfermeiros que apontam alternativas para o tratamento e avaliam o paciente juntamente com o médico e auxiliam nas orientações das prescrições.

De acordo com a instituição, a Atenção Domiciliar surge com a missão distinta de mudar o paradigma meramente tecnicista para uma abordagem mais humanista e um tratamento mais individualizado, no convívio familiar, enfatizando a importância das relações entre elas.

É interessante destacar que, o Programa de Atenção Domiciliar foi adaptado mediante os requisitos propostos pela resolução da ANVISA – RDC nº 11 de 26 de janeiro de 2006, o qual dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento dos Serviços de Atenção Domiciliar:

Art. 1º Aprovar o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Atenção Domiciliar, nas modalidades de Assistência e Internação Domiciliar, constante do Anexo desta Resolução.

Art. 2º Determinar que nenhum Serviço de Atenção Domiciliar pode funcionar sem estar licenciado pela autoridade sanitária local, atendendo aos requisitos do Regulamento Técnico de que trata o Art. 1º desta RDC e demais legislações pertinentes.

Art. 3º As Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, visando o cumprimento do Regulamento Técnico, poderão estabelecer normas de caráter supletivo ou complementar, a fim de adequá-lo às especificidades locais.

Art. 4º Todos os atos normativos mencionados neste regulamento, quando substituídos ou atualizados por novos atos devem ter a referência automaticamente atualizada em relação ao ato de origem.

Art. 5º O descumprimento das determinações deste Regulamento Técnico constitui infração de natureza sanitária sujeitando o infrator a processo e penalidades previstas na Lei nº 6.437 de 20 de agosto de 1977, suas atualizações, ou instrumento legal que venha a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis. (RDC, 2006, p.1).

Esta resolução foi criada com intuito de propor requisitos mínimos de segurança para o funcionamento de Serviços de Atenção Domiciliar nas modalidades de Assistência e Internação Domiciliar. Ainda destaca a importância da estrutura gerencial, numa instituição que funciona de acordo com técnicas adequadas, mediante fiscalização de órgão de vigilância sanitária.

[...] os serviços de saúde que oferecem esta modalidade de atenção são responsáveis pelo gerenciamento da estrutura, dos processos e dos resultados por eles obtidos, devendo atender às normas e exigências legais, desde o momento da indicação até a alta ou óbito (RDC, 2006, p1).

O Programa de Atenção Domiciliar sustenta como objetivo principal proporcionar cuidados terapêutico, preventivo, paliativo e de reabilitação em domicílio para pacientes adultos e pediátricos através de uma equipe de trabalho, que visa apresentar uma alternativa de tratamento, o qual evita a internação hospitalar, a longa permanência no hospital ou diminui o tempo normal de internação.

Os profissionais que compõem uma equipe do Programa de Atenção Domiciliar são membros técnicos e especialistas tais como: enfermeiros, médicos, assistente social, nutricionista, técnicos de enfermagem e fisioterapeuta, sendo que indiretamente também há a presença de cargos administrativos.

Configuram-se dentre as principais atividades do programa, o acompanhamento de pacientes crônicos estáveis, com fatores de risco para complicações e desenvolvimento de agravos. A tendência do programa é oferecer o maior conforto aos pacientes, assim como de seus familiares, responsáveis e cuidadores, preservando o convívio familiar e a identidade do paciente com o seu ambiente natural.

O acompanhamento da equipe para com o paciente é realizado através de visitas domiciliares distribuídas em um período de tempo, definidos pelos próprios profissionais da equipe mediante a necessidade da patologia apresentada pelo paciente. Nesse sentido, existem pacientes que recebem visitas de sete em sete dias, de quinze em quinze dias ou ainda no espaço máximo de tempo que chega a quarenta e cinco dias, ou seja, esse período é estipulado para que o tratamento, acompanhamento e observações sejam realizados corretamente pela família.

A equipe realiza suas visitas de acordo com as necessidades dos pacientes, como foi citado acima, porém é importante enfatizar que os integrantes da equipe se dividem de acordo com suas especialidades, isto é, se um paciente necessita de atendimento fisioterápico, o profissional fisioterapeuta faz a visita após ser avaliado e encaminhado pelo médico do

programa. Geralmente, as visitas são realizadas por profissionais médicos e enfermeiros e quando estes profissionais observam que a família e o paciente necessitam de acompanhamentos pelo serviço social, o profissional assistente social faz os acompanhamentos nas visitas. Acontece também, freqüentemente a realização de visitas junto ao serviço social no princípio da inserção do paciente no programa, sendo fundamental para a avaliação da residência, na importância do vínculo familiar, do afeto e do carinho que proporciona progressão no tratamento e na patologia, objetivando sempre o conforto e o bem estar dos familiares e pacientes.

É interessante destacar que, o foco de atendimento do programa não é destinado à atenção básica, mas sim a um nível de complexidade maior, pois os pacientes que são encaminhados para avaliação do programa já apresentam uma doença pré-existente, ou seja, o paciente já possui uma doença instalada, uma doença crônica, o que significa que o atendimento básico já foi realizado em outro momento, por outra instituição, no qual o paciente encontrava-se internado ou pelo pronto atendimento em que o mesmo foi acolhido ou ainda pelo primeiro atendimento em que foi identificado o problema de saúde.

Os critérios⁴ que determinam o funcionamento do Programa de Atenção Domiciliar são:

- Deve ser indicado pelo profissional que acompanha o paciente, sendo que este profissional denominado médico assistente deve encaminhar ao programa um relatório ou documento sobre as condições do paciente e este deve conter: história clínica, situação atual do paciente e prescrição médica;
- A equipe do Programa de Atenção Domiciliar deve conduzir uma avaliação das necessidades do paciente mediante suas técnicas e ética profissional, documentando em formulário apropriado denominado avaliação técnica de inclusão;
- A equipe do Programa de Atenção Domiciliar deve elaborar um Plano de Atenção Domiciliar (PAD), o qual deve conter prescrição de assistência clínica-terapêutica; requisitos da infraestrutura do domicílio do paciente; materiais e medicamentos e equipamentos necessários; retaguarda dos serviços de saúde; cronograma das atividades dos profissionais; e logística o atendimento. O PAD deve contemplar o tempo de permanência do paciente no programa considerando a evolução clínica, superação de déficits,

⁴ As informações que seguem foram extraídas do Manual de Atenção Domiciliar.

independência de cuidados técnicos, medicamentos, equipamentos e materiais que necessitam do manuseio contínuo de profissionais;

- Todos os tratamentos, medicamentos e procedimentos devem ter uma prescrição do profissional da equipe da Atenção Domiciliar devendo permanecer arquivada no prontuário do paciente;
- Deverá ser obtido um Termo de Consentimento Informado, assinado pelo paciente ou responsável legal para a prestação dos serviços de Atenção Domiciliar, denominado Termo de Anuência;
- Devem ser fornecidas informações aos pacientes e familiares do horário de funcionamento do programa e o período de tempo em que os cuidados são acessíveis;
- A comunicação entre o paciente, seu responsável e as pessoas envolvidas nos cuidados deve ser mantida com regularidade. O paciente deve ser informado prontamente a respeito de qualquer mudança de horário pré-estabelecido para seu atendimento;
- Com base na avaliação de necessidades, o Programa de Atenção Domiciliar deve estar apto para providenciar encaminhamentos, altas e transferências do paciente para outro nível de cuidados, para outro profissional-médico ou para a colocação em outro local de tratamento;
- A equipe do Programa de Atenção Domiciliar deve estar apta para fornecer informações adequadas a respeito do paciente, quando o mesmo é transferido, recebe indicação para continuidade do tratamento em outro nível ou com outro profissional-médico.

Os familiares e responsáveis, no momento em que o paciente é encaminhado ao Programa de Atenção Domiciliar pelo médico assistente, passam por um processo de orientações e de ações profissionais realizadas pela equipe, onde destacam a importância do seguimento dos critérios do programa, sejam eles de inclusão como o de desligamento, assim como também a importância da atenção, do convívio, do tratamento domiciliar prescrito e do afeto.

A família é um dos elementos fundamentais no processo de cura de muitas doenças, onde o carinho, afeto e o envolvimento com as pessoas fazem com que a doença se torne menos impactante no paciente. [...] Por outro lado, o cuidado ao paciente deve envolver todos os membros da família e fazer com que todos estejam envolvidos nas tarefas diárias para que o paciente realmente possa se sentir bem e ficar tranquilo. (SECCO, 2011, p. 12).

É possível observar que, a dificuldade maior em muitos dos casos, é a questão da sobrecarga, os revezamentos, os desentendimentos e o desencadeamento de doenças, que surgem como consequência aos familiares que cuidam e ficam responsáveis pelos pacientes.

Na atualidade é difícil encontrar nas famílias, membros que não possuem suas atividades individuais (trabalho, estudos, cuidados domésticos e com os filhos e etc) e que isso se torna uma barreira em relação ao cuidado de enfermos, principalmente aqueles com idade avançada e com desencadeamento de doenças crônicas dentro da família. E ainda, na situação econômica, não possuem condições para abarcar um gasto adicional, como por exemplo, o de um cuidador profissional.

É importante destacar que o impacto nas famílias é extremamente grande quando há a existência de uma pessoa adoecida, ou de um paciente na família. Toda sua dinâmica se modifica, sempre tem que haver alguém para observar as reações aos tratamentos e medicações. A responsabilidade aumenta e a família acaba por presenciar efeitos que não se tinham como esperados, como por exemplo, a sobrecarga.

Hoje em dia, existem famílias que optam pela contratação de um profissional cuidador destinado ao cuidados de pacientes acamados, porém acaba se tornando uma comodidade em relação aos vínculos, as convivências e principalmente às responsabilidades.

O papel da família ou dos responsáveis na realização do tratamento é intrínseco para a intervenção da equipe junto ao paciente. Ainda assim, é interessante demonstrar que em muitas famílias, há diferentes níveis de envolvimento com o paciente e com a doença. Alguns membros da família demonstram mais interesse em cuidar, ou ficar responsável pelo tratamento, outros possuem mais envolvimento por morar com o paciente ou se sentir mais próximo e ainda há situações que o envolvimento de alguns membros se destaca pela questão de gênero, onde as mulheres (em geral as filhas), exercem a predominância do cuidado.

Para assegurar as informações fornecidas pela equipe aos familiares, responsáveis e pacientes, o Programa de Atenção Domiciliar apresenta o Termo de Anuência⁵ para que seja assinado por ambas as partes – o programa, na figura do profissional de Serviço Social e a família -, com o objetivo de estabelecer a ciência das informações do programa à família, no qual fica com uma cópia do termo para analisar na existência de futuros questionamentos.

A apresentação do termo de anuência à família é intervenção determinante e privativa do Assistente Social, o qual fornece informações sobre o programa, sobre o período da

⁵ Documento formal com prazo determinado de parceria entre o Programa de Atenção Domiciliar e o paciente ou seu responsável legal, com informações gerais sobre o funcionamento do serviço, responsabilidades e programação inicial do que será fornecido ao paciente pelo programa.

utilização de algum medicamento, gás ou mesmo o período de realização de fisioterapia ou ainda o intervalo de visitas médicas e acompanhamentos. Nesse sentido, fica firmado no termo de anuência, as responsabilidades da família, bem como também o compromisso do programa para com os pacientes e familiares.

A limitação de critérios é elemento importante para que o atendimento seja realizado de forma segura, confiável e qualificada, o que propicia ao paciente o “sentir-se bem” no convívio familiar, a satisfação do bom atendimento, mediante sua condição de saúde, necessidade e superação.

Além disso, o Programa de Atenção Domiciliar constitui em suas atividades e atendimentos a questão do direito e da ética, onde garante a equidade, integridade, lealdade e solidariedade, o que passa a respeitar os direitos do paciente, na participação das decisões sobre tratamentos e serviços, assim como a recusa do mesmo.

É importante mencionar que o Programa de Atenção Domiciliar mantém como postura ética o sigilo profissional em meio à equipe, o que prevalece a privacidade e o respeito à propriedade, enfatizando também o direito dessas garantias ao paciente.

Em síntese, o Programa de Atenção Domiciliar possui como proposta alternativa evitar as conturbações de uma internação hospitalar, o contato com outros pacientes enfermos, a permanência em um ambiente repleto de infecções e doenças e ainda uma grande circulação de profissionais, mediante as trocas de plantões.

É válido mencionar que o Programa de Atenção Domiciliar, através das circunstâncias em que o paciente se encontra e também mediante as avaliações, realiza uma divisão entre os pacientes inseridos no programa. Essa divisão está relacionada a três grupos denominados: Assistência Domiciliar, Internação Domiciliar e Gerenciamento de Casos.

O grupo de Assistência Domiciliar atende pacientes que possui relação com à baixa complexidade da doença, ou seja, está associado a um conjunto de atividades assistenciais de saúde com caráter ambulatorial e continuadas segundo um plano de tratamento estruturado pelo Gerenciamento de Casos. Portanto, um paciente do programa pode estar no grupo de Gerenciamento de Casos ou Internação Domiciliar e ser encaminhado ao grupo de Assistência Domiciliar. Exemplo de pacientes em Assistência Domiciliar é a realização de curativos em lesões, hidratação e visitas para acompanhamentos.

O grupo de Internação Domiciliar abarca uma série de pacientes que possuem doenças crônicas e de maior complexidade podendo ser prestadas em domicílio e seus atendimentos são intensamente destinados a acompanhamentos pela equipe, evoluções do paciente, avaliações através de exames solicitados pelo médico da equipe e ainda orientações aos

familiares ou responsáveis. Geralmente o paciente que está em atendimento domiciliar na situação de Internação Domiciliar, permanece no programa um amplo intervalo de tempo, pode ser encaminhado para os Grupos de Assistência Domiciliar e Gerenciamento de Casos e as patologias com maior porcentagem neste grupo são seqüelas, esclerose, neoplasias e múltiplas complicações.

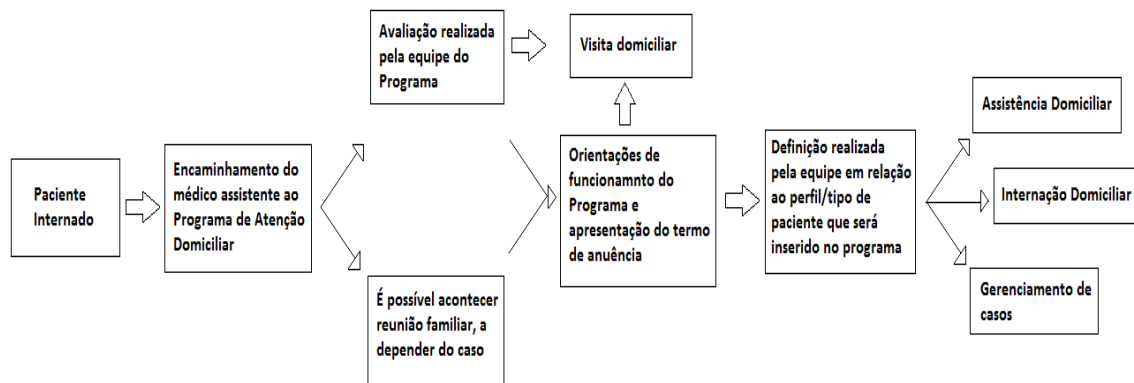
Já o grupo de Gerenciamento de Casos também acontece com um amplo conjunto de pacientes que apresentam doenças agudas ou crônicas agudizadas, sendo que são passíveis de serem realizados em domicílio. São pacientes estáveis clinicamente com diagnóstico e tratamento definidos pelo médico assistente. Portanto, o paciente em atendimento domiciliar na situação de Gerenciamento de Casos possui como seus principais casos: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Doença de Parkinson, Doença de Alzheimer, Osteoporose, Artrose, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), dentre outros.

Os pacientes inseridos no Programa de Atenção Domiciliar são em número elevado, porém há uma vasta rotatividade desses pacientes nos atendimentos, pois ao mesmo tempo que alguns recebem alta, outros são avaliados e inseridos, sendo que aqueles que receberam alta anteriormente, podem ser reinseridos no programa com o agravamento do diagnóstico, o que necessitam novamente de acompanhamentos através de visitas.

É importante ressaltar que os acompanhamentos aos pacientes que estão inseridos no programa são intensos e por este motivo o programa exige e necessita que exista um cuidador ou uma pessoa da família especificamente para tratar do paciente e que este auxilie no tratamento prescrito, nos acompanhamentos, nas observações e na própria evolução do paciente.

Portanto, além da inserção e atuação dos profissionais da equipe no tratamento do paciente no processo de reabilitação, prevenção e promoção, o papel desempenhado pela família, pelo responsável ou cuidador torna-se intrínseco, pois o estímulo a fazer atividades diferentes, o auxiliar na locomoção, comunicação, socialização e higienização, fica na responsabilidade da família, proporcionando um ambiente preparado para oferecer conforto e bem-estar.

Figura 5 – Fluxograma do Programa de Atenção Domiciliar



Fonte: Elaboração da autora a partir das informações institucionais do Programa de Atenção Domiciliar.

3.2. ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Ao realizar este estudo é necessário desenvolver métodos, estabelecer processos e estratégias e construir caminhos onde os objetivos da pesquisa sejam alcançados. Esse caminho e essa dinâmica metodológica visam uma absorção de informações importantes, o qual busca um resultado, que são encaminhamentos capazes de desvendar os objetivos específicos de maneira clara, o que estabelecem questionamentos perante o tema da pesquisa.

Nesse sentido, o primeiro momento do estudo centralizou-se na realização da **revisão bibliográfica** cuja finalidade foi de ampliar a compreensão dos termos que envolvem o estudo do trabalho interdisciplinar e as relações entre a equipe de saúde, especificamente de um Programa de Atenção Domiciliar desenvolvido na saúde suplementar. A revisão bibliográfica objetivou também facilitar uma análise mais ampla das informações coletadas na ida a campo. Em síntese, o processo de revisão bibliográfica foi importante também para clarificar os termos que a princípio constituíam-se como semelhantes, mas que através de estudos e pesquisas, trouxe as informações de que cada um deles possui seus significados e diferenciações.

A referida pesquisa tem **caráter qualitativo**, pois apresenta dados descritivos mediante contato direto com a situação do estudo e intensas observações, que aguçaram cada vez mais o alcance dos objetivos da pesquisa. É preciso entender as características dos fenômenos que envolvem os sujeitos para que haja uma interpretação do estudo.

O método qualitativo proporciona um olhar diferenciado dos elementos da área da saúde, procura entender o objeto de estudo distante do senso comum e procura também

interpretar o objeto nas entrelinhas dos processos, estes também desenvolvidos por equipes profissionais.

De acordo com Turato (2005), a área da saúde estabelece qualificações que traz ao pesquisador o interesse de conhecer os fenômenos que envolvem os seres sociais. O autor demonstra que:

Conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para realizar as seguintes coisas: melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promover maior adesão de pacientes e da população frente a tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente; entender mais profundamente certos sentimentos, idéias e comportamentos dos doentes, assim como de seus familiares e mesmo da equipe profissional. (TURATO, 2005, p.510).

A partir da importância de conhecer e desvendar os fenômenos da área da saúde, esta pesquisa traz como principal norte as relações entre os membros de uma equipe inserida no Programa de Atenção Domiciliar, sendo essenciais para as relações interpessoais, para o tratamento da doença e para o acesso as informações.

Para alcançar os objetivos da pesquisa, foram realizadas **seis entrevistas** com os profissionais membros da equipe profissional do Programa de Atenção Domiciliar das áreas de nutrição, fisioterapia, medicina, enfermagem, técnico de enfermagem e administrador.

A técnica da entrevista foi privilegiada por ser uma das maneiras de obter informações e por ser um processo de interação com o entrevistado e com o objeto da pesquisa. A entrevista busca entender o processo de interação e relacionamento profissional no Programa de Atenção Domiciliar e também as relações interdisciplinares presentes, que envolvem paciente, família, responsáveis em contraponto com a responsabilidade do programa.

A realização da entrevista foi localizada na base (sede) do Programa de Atenção domiciliar, na cidade de Florianópolis. O espaço de execução das entrevistas ocorreu na sala de reuniões da instituição, pois se tratava de um lugar calmo e reservado para momentos de reuniões, conversas e entrevistas pelo silêncio, sigilo e por proporcionar a concentração.

O primeiro contato com os com os seis entrevistados foi realizado pessoalmente, na própria sede do programa. Realizou-se uma breve apresentação do objetivo da pesquisa para que os entrevistados fossem esclarecidos do tema a se tratar na entrevista. Esclarece-se que todos os entrevistados autorizaram a utilização das informações prestadas por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e que na descrição e análise dos dados os entrevistados serão identificados pela seguinte denominação: A, B, C, D, E e F - a fim de garantir o sigilo da identidade pessoal e profissional.

É importante mencionar que todos os entrevistados que foram selecionados pela pesquisadora aceitaram o convite de serem membros sujeitos da pesquisa. A seleção aconteceu através das leituras e reflexões realizadas na revisão bibliográfica, onde destacou-se a importância de diferentes visões e opiniões. Por este motivo foram selecionados para a entrevista, um membro de cada especialidade que compõe a equipe do Programa de Atenção Domiciliar, para que assim a análise demonstre uma potencialização das equipes.

Os profissionais entrevistados foram enfermeiro, médico, nutricionista, técnico de enfermagem, fisioterapeuta e administrador. Indica-se que o profissional de Serviço Social não participou do conjunto de entrevistados uma vez que ele é o único Assistente Social membro da equipe do Programa e que se privilegiou sua participação na avaliação deste trabalho, por meio da participação na banca final do trabalho de conclusão de curso.

A receptividade de todos os entrevistados foi positiva, não houve negativas a participação da pesquisa. Em relação a reação dos entrevistados diante dos questionamentos alguns sentiram vergonha com a situação, mas com a realização da entrevista com o primeiro entrevistado, foi possível observar que a partir daí todos perceberam que se tratava de reflexão do próprio trabalho e que esse exercício iria acrescentar conhecimento e que seria importante para o trabalho em equipe e para o próprio programa, assim como para a pesquisa em si.

Ao realizar-se uma entrevista, permite que seja realizado um processo de reconhecer o ser social nas suas relações sociais e no seu contexto, podendo assim haver uma troca de saberes e informações. Segundo Sarmiento (1996), entrevista é um ato de conhecer, de ampliar conhecimentos e possibilidades de ação no contexto institucional onde se realiza a entrevista.

A entrevista ao longo da prática profissional tem sido concebida como um contato pessoal, de caráter confidencial, entre assistente social e cliente, envolvendo uma relação íntima e sutil. Sendo também um dos mais importantes instrumentos dentro desta concepção, pois é através dela que se estuda o cliente e seus problemas e ainda, se aplica o tratamento social. (SARMENTO, 1996, p.33).

A entrevista a ser realizada neste estudo foi do **tipo semiestruturada**, pois no processo de pesquisa foi possível perceber que o tema e o objeto a serem desvendados teriam melhor ênfase e maior profundidade numa ação guiada por palavras-chaves e perguntas norteadoras que envolvam o processo de trabalho dos profissionais e as relações entre si.

A escolha da entrevista semiestruturada considerou o fato desta técnica permitir que o pesquisador realizasse um roteiro base de perguntas podendo-se fazer alterações de acordo com o decorrer da entrevista. Assim proporciona-se um melhor aprofundamento do assunto

abordado e pode-se criar estratégias no decorrer da entrevista para que o tema seja abordado de maneira natural até alcançar seu objetivo.

3.3. ANÁLISE DOS DADOS

Ao descrever a análise dos dados, primeiramente é importante informar que a entrevista contou com um roteiro direcionado ao assunto da pesquisa e que este roteiro inicialmente foi aplicado através de um pré-teste, que posteriormente, sem necessitar fazer alterações, pois as questões foram extremamente compreendidas, também foi validado como uma entrevista.

Cada entrevista teve como tempo de duração em média de oito a quinze minutos, no qual o roteiro aplicado abarcou 14 questões abertas. Com o decorrer das entrevistas, foi possível sentir uma grande proporção em relação a curiosidade por parte da pesquisadora, em saber a opinião dos membros que não tinham sido ainda entrevistados e aguçou ainda mais a busca pelo resultado final.

Nesse sentido a análise dos dados coletados através das entrevistas foi realizada mediante um agrupamento de dados, onde as questões respondidas pelos entrevistados foram analisadas, cada uma por sua vez, para que desta forma fosse possível demarcar as informações e os pontos iguais e/ou semelhantes, aqueles que se evidenciaram como divergentes e aqueles pontos das respostas em que tiveram um maior destaque.

Antes de iniciar propriamente com a descrição e análise das interrogações do roteiro da pesquisa, tomamos como princípio o Item 1 que tratou da Identificação dos Entrevistados. Este item possui uma relação essencial para a pesquisa, pois são dados pessoais que ajudam numa proposta de reflexão e que são importantes até mesmo para as respostas, bem como para o próprio leitor interagir e saber interligar as variações de idades, tempo de atuação na profissão e atuação dos entrevistados no Programa.

Foram entrevistados dois homens e quatro mulheres, com idades que variam de 24 a 47 anos. Cinco deles possuem formação superior e atuam na profissão entre 1 a 20 anos. O profissional que não possui formação superior e sim formação técnica atua na profissão a 9 anos. O tempo de trabalho dos entrevistados no Programa de Atenção Domiciliar varia de 5 meses a 3 anos.

A relação entre o tempo de existência do Programa de Atenção Domiciliar e o tempo de trabalho em que os profissionais atuam no próprio programa é muito curto, pois o programa já existe há 12 anos e essa diferença de permanência dos profissionais é muito

vasta. Isso pode ser justificado pela excessiva rotatividade dos profissionais nas equipes do programa, relatado também pelos profissionais nas entrevistas, o que em muitas vezes dificulta a interação e integração com a equipe, a relação de troca de experiências, a questão do aprendizado e o conhecimento dos objetivos do programa, assim como também os vínculos com as famílias, com os pacientes e com o próprio grupo de profissionais membros das equipes. Destaca-se ainda, que essa rotatividade não ocorre com o serviço social, pois apresenta apenas um assistente social desde a criação do programa.

Em relação a apresentação das informações da entrevista inicia-se com os dados da questão número 2 do roteiro, que questiona quem são os membros da equipe?

Todos os entrevistados responderam igualmente, no qual a resposta foi: Enfermeiros, Médicos, Assistente Social, Técnicos de Enfermagem, Nutricionista, Fisioterapeuta e Administrativo e ainda alguns profissionais externos. Estes últimos são profissionais de determinadas especialidades (não existentes no programa), que atuam na mesma instituição, porém num setor diferenciado voltado à promoção à saúde. Estes profissionais realizam atendimentos e atividades no Programa de Atenção Domiciliar, porém esse apoio é prestado eventualmente, quando verifica-se e diagnostica-se a necessidade de um paciente referente a especialidades destes profissionais, por isso a denominação de externos, no sentido de externos ao programa.

Sobre os dados da questão número 3, no qual perguntou-se como ocorre a relação interpessoal entre os membros da equipe do Programa de Atenção Domiciliar obtivemos as indicações que seguem.

No geral, os entrevistados responderam que a relação interpessoal entre os membros acontece da melhor forma possível. Nas falas de A e E, retratam o relacionamento entre os membros como interessante e que aos poucos ele vem melhorando. Ainda falam que é uma relação muito importante, pois é um trabalho que envolve muitos profissionais e muitas disciplinas, que também há dificuldades por existirem diferenças, e que estas estão presentes em qualquer tipo de equipe. Mas caracteriza-se em uma relação de trabalho multidisciplinar, enfatizam que todos são bem acessíveis, que é uma equipe boa e tranqüila de trabalhar, existem poucas fofocas e que é uma relação que vem crescendo e isso é um bom sinal.

Já na fala de B, C e F, a relação interpessoal, por ser uma equipe e no caso do Programa de Atenção Domiciliar, acontece tudo bem claro e bem tranqüilo. Nunca houve problemas de relacionamentos e que essa relação envolve muito aprendizado, tudo isso porque abarcam muitos profissionais e que todos interagem entre si. Até pode parecer incomum, mas não acontecem conflitos e nem atritos.

Na visão de D, a relação interpessoal no Programa de Atenção Domiciliar é bem difícil e a justificativa de ser assim é que todos os membros acham que tem que fazer somente o seu trabalho e não se ajudam. Ainda retrata que os membros da equipe acham que o trabalho está sendo feito para si só. Porém, não existe fofoca e todo mundo se relaciona bem.

Nesta fala, é possível observar que este profissional apresenta uma opinião muito contrária a dos outros profissionais da equipe, que apontam perceberem dificuldades, mas não enfatizam uma enorme dificuldade quanto a fala deste entrevistado, mediante a relação interpessoal entre os membros.

Essa enorme dificuldade apresentada e relatada está direcionada a uma herança histórica provida desde a criação do sistema de saúde no Brasil, onde o modelo médico hegemônico existente previa uma centralidade médica, sendo que a opinião deste profissional era a que prevalecia e a opinião dos outros profissionais da saúde, conhecidos como profissionais paramédicos era menos importante. Naquele período isso era hegemônico, pois o médico, um profissional com muitos anos de estudos tinha aporte suficiente para diagnosticar determinada patologia e até mesmo quando se relacionava a outra especialidade da saúde, dava-se prioridade para a atuação médica.

O modelo médico hegemônico convive ainda com o modelo que privilegia o conceito ampliado de saúde e com ele a intervenção interdisciplinar, assim é possível observar que se herdou uma relação de imposição e também uma relação de resistência de opiniões, mesmo o que reflete nas relações mais ou menos horizontais com outros profissionais da saúde.

Dando continuidade a apresentação dos dados coletados, apresenta-se agora a questão número 4 do roteiro que indagou: Como você caracteriza o trabalho desenvolvido pela equipe?

Os entrevistados C e E caracterizam como um trabalho diferenciado na saúde, no qual apontam como um trabalho muito importante e que é feito da melhor maneira possível. É importante para a instituição e também para o paciente. A equipe presta o melhor trabalho, no qual se atentam para melhorar o atendimento a cada dia que passa, pois o paciente sendo atendido por uma equipe que é multiprofissional sente-se muito valorizado e o objetivo é que o paciente se sinta bem, sendo atendido por uma equipe multi-diferenciada.

Em se tratando das falas de A e B, caracterizam o trabalho como multidisciplinar, pois existe uma ligação entre todas as profissões e disciplinas que integram a equipe. Apesar de cada membro trabalhar com sua especialidade, com sua função, mas a equipe trabalha bem, se comunica e passa as informações, pois é nesse sentido que se chega ao objetivo final, que é o bem-estar do paciente.

De fato, conforme a pesquisa bibliográfica levantada e realizada para este estudo é possível observar que, nas falas de A e B existe uma ausência de conhecimento, de semelhanças dos termos, de divergências e de diferentes definições entre os termos, quando se utiliza a palavra multidisciplinaridade.

A partir dessa reflexão, é possível indicar as diferenças apontadas na seção I, dentre os termos utilizados, para distinguir os tipos de relacionamentos entre equipes de trabalho e suas interações, em busca de um objetivo em comum.

De acordo com Vasconcelos (1997; 2000) a multidisciplinaridade e a pluridisciplinaridade são caracterizadas como uma mesma dimensão, sendo que estas dimensões visam simplesmente um trabalho de equipes que engloba uma proporção de disciplinas ou profissões diferentes, porém cada qual com sua prática profissional distinta, sem haver troca de informações em sua atuação, o que em muitas vezes, intervém no objeto identificado ou na realidade do sujeito.

A partir desta fala, é possível observar que o trabalho realizado pelas equipes do Programa de Atenção Domiciliar é um trabalho que envolve multidisciplinaridade, pois essa ligação entre todas as profissões, citada pelos entrevistados A e B, talvez caracteriza-se apenas por serem da mesma equipe ou por trabalharem e atenderem um mesmo paciente. Isso pode acontecer num momento conjunto, coletivo ou até mesmo num momento individualizado.

Em se tratando de interdisciplinaridade, envolve uma maior interação entre os membros da equipe, no qual proporciona uma grande colaboração, troca de informações, sugestão de ideias e em muitas vezes a solicitação de opiniões a respeito de determinada atitude a ser tomada, para que a conduta seja realizada no coletivo, propiciando a qualidade no atendimento e a melhora no estado de saúde do paciente.

Ainda falando sobre interdisciplinaridade, é importante apontar as diferenças desta dimensão para com a dimensão da multidisciplinaridade, que segundo Japiassu (1976), o interdisciplinar é um processo muito mais complexo e denso e por este motivo ainda não foi criada uma teoria da interdisciplinaridade, até mesmo pelas transformações no mundo do trabalho e pelo movimento da realidade.

Mas cabe evidenciar que, a interdisciplinaridade provoca os limites de cada disciplina, ou seja, proporciona a sempre busca de superação, com esforços consideráveis, ultrapassando o que é comum (multidisciplinaridade), o que destaca a colaboração entre as disciplinas e que a partir disso fornece interações das disciplinas com reciprocidade de informações, técnicas, métodos, dados, metodologias e etc.

É considerável apontar que, a colaboração entre as equipes, caracterizada por Japiassu (1976) e também por Vasconcelos (1997, 2000) é presente no processo de relacionamento entre os profissionais membros da equipe do Programa de Atenção Domiciliar. Essa colaboração acontece na forma de auxílios, nos questionamento de dúvidas recorrentes, propriamente no atendimento realizado, através de idéias e medidas que determinam sempre o objetivo em comum, que destaca a sempre melhora do paciente.

Sendo assim, o trabalho desenvolvido pela equipe, independentemente do tipo de relação existente, acontece de forma responsável, visando sempre o objetivo geral do programa e da própria instituição, no qual envolve toda a fração de profissionais trabalhando com a parte positiva que é a qualidade no atendimento e a troca de conhecimentos que enriquece cada conduta profissional.

Já na fala de D, diz ser um ótimo trabalho, porém destaca que a equipe peca por falta de comunicação. Isso ocorre porque existem membros da equipe que trabalham de maneiras diferentes, e não aceitam, não compreendem que necessitam mudar essas maneiras, não existe colaboração, nesse caso. Existem resistências de opiniões em alguns profissionais em particular, não é na equipe em geral.

O entrevistado F revela que é um trabalho que possui uma abrangência bem ampla na vida do paciente. A equipe entra no domicílio do paciente e se relaciona muito com a família e por este motivo tem que apresentar um maior cuidado com as palavras, com o próprio atendimento, tem que possuir o maior respeito com todos, sem impor situações. Somos responsáveis por informações a respeito da patologia do paciente, o que significa uma parceria com a família, e isso é legal.

Ao seguir a ordem das questões, exibem-se os apontamentos voltados à questão número 5 que trata: Você possui um profissional da equipe como referência? Por quê?

Nas sínteses de B e C, destacaram um profissional específico que é também integrante da equipe. Apresentam como referência o trabalho de uma enfermeira, que foi com quem aprenderam e ainda aprendem atualmente sobre os funcionamentos da parte da enfermagem no programa. É um profissional destaque desses dois entrevistados, pois é um profissional que consegue transmitir seus conhecimentos, de maneira objetiva e que sempre acrescenta pontos positivos no trabalho desenvolvido e isso se torna muito válido no atendimento do paciente.

“Por ser uma pessoa muito humana, que não pensa apenas na doença do paciente e não só ali naquele momento, mas sim na totalidade. Ela pensa em toda a situação familiar, em todos os contratempos e barreiras que possam vir a acontecer” (Entrevistado D). Essa é uma consideração do entrevistado D, que evidencia um profissional médico como referência da

equipe. E ainda retrata que é um profissional diferenciado, pois demonstra fortemente o lado humanista, do que os outros profissionais da equipe e até mesmo de outros profissionais médicos. “Ela é meu espelho de profissional”.

O entrevistado A indica que sua referência não é apenas um profissional, mas sim todo o pessoal da parte da enfermagem. A justificativa é que todos os pacientes passam pelo atendimento em saúde destes membros e então estes profissionais são caracterizados como se fossem a porta de entrada do programa e por isso todos da equipe se baseiam um pouco neles.

O entrevistado E, descreve que o profissional da equipe que tem como referência é a gerente de todo o departamento, no qual envolve também a gerência do Programa de Atenção Domiciliar. Apresenta essa profissional como uma pessoa de muito fácil acesso, que possui uma boa desenvoltura no relacionamento interpessoal e que abarca também um grande conhecimento sobre o programa e consegue transmitir esse conhecimento.

O entrevistado F retrata que, pode-se até existir uma referência, mas baseia-se mesmo no paciente e naquilo que ele apresenta e venha a apresentar. Critica de certa forma, pois diz que assim individualiza o atendimento. Existem sim, profissionais que se referenciam para tirar dúvidas, seja com algum colega da mesma especialidade ou até mesmo de outras especialidades, que tenha mais conhecimento numa determinada área, em alguns casos. Mas em geral, não dá muito para seguir um ou outro profissional.

De forma abrangente, quatro entrevistados indicaram um profissional de referência na equipe e dois apontaram a não existência de um profissional apenas, mas sim de um grupo de especialidades, como por exemplo, a equipe da enfermagem. Considera-se que as opiniões são divergentes, por estar se tratando de profissionais de diferentes especialidades e que dentro da própria categoria ou até mesmo dentro da equipe, alguns apresentam visões diferenciadas. Por este motivo os diferentes profissionais vêm evidenciar uma referência para a realização do seu trabalho e essa referência de uma forma ou de outra trouxe conhecimentos, auxílios, aprendizados que agregaram na realização de alguma atividade dentro da equipe.

Na mesma linha de reflexão, no questionamento abaixo, que interroga a existência de dependência de algum profissional na equipe, três entrevistados apontaram a não existência de dependência na realização do seu trabalho e três entrevistados indicaram essa existência. Essa dependência pode estar relacionada a condutas de categorias profissionais, que a partir de outra conduta, encaminhamentos ou comandos é que se dá a realização do seu trabalho.

Há a variação do ponto de vista de cada profissional, pois se é um trabalho coletivo e a equipe trabalha mediante um objetivo em comum, pode-se existir a dependência de um

membro por outro, ou seja, cada profissional depende de cada profissional. Assim, de certa maneira, o trabalho acontece com forte relação, com a necessidade da opinião de todos os membros, mesmo que este não esteja envolvido naquele atendimento.

Ao passar para a questão número 6, os entrevistados foram bem objetivos quando a pesquisadora questionou: Você possui dependência de algum membro da equipe para realizar o seu trabalho?

Os entrevistados A e D, afirmam que após os encaminhamentos realizados pelos médicos, sendo estes oficiais ou não, não dependem de nenhum outro profissional para a realização do seu trabalho. Já C, revela que não existe dependência de nenhum profissional dentro do serviço realizado, pois o trabalho é realizado em uma equipe, que sempre existe troca de informações e através de sugestão e com o aprendizado e o conhecimento adquirido, há a execução do trabalho com responsabilidade.

Na visão do entrevistado B, para desenvolver o trabalho, existe a dependência dos comandos médicos e dos serviços determinados pelos enfermeiros, realizados através do atendimento de cada paciente.

Em se tratando das falas de E e F, se referem a dependência de todos os membros e que um depende do outro. Na equipe existe uma interdependência de todos os membros para que o trabalho seja bem feito. Apontam que ninguém é nada sozinho e o resultado alcançado pelo programa é o resultado do trabalho de cada profissional membro da equipe.

Na seqüência do roteiro a questão de número 7 levanta o seguinte questionamento: Existe alguma coordenação na equipe?

Nas respostas dos entrevistados A e C apontam como a coordenação da equipe, o supervisor e a gerente da área. O profissional supervisor é recente na composição dos membros do programa, pois antes não era presente. Agora ele participa mais, entra nas discussões, traz suas opiniões, onde parece estar mais ligado a equipe. Em contraponto a esta posição, o entrevistado D retrata que, essa coordenação depende do ponto de vista, pois existe o supervisor, porém ele não coordena e sim trabalha na parte administrativa.

Nas falas dos entrevistados B, E e F, afirmam que existe a coordenação dos assuntos administrativos, como representante o supervisor do programa, mas existem também as coordenações da parte técnica, que é direcionada aos enfermeiros do programa, que comandam e delegam os pacientes, rotas, horários e etc. Na parte médica existe um médico responsável, onde todos os outros médicos do programa se referenciam quando existe uma dúvida maior, na busca de opinião no que fazer num impasse ou numa situação mais delicada.

Ao fazer esta contestação, a pesquisadora percebe que quando se menciona a existência de coordenação na equipe, alguns dos entrevistados apontam e referenciam essa coordenação direcionada à parte administrativa, ou seja, a supervisão, os assistentes administrativos, a gerência e outros cargos administrativos que venham de alguma forma fazer o trabalho de organização das equipes, fazer solicitações a gestão de pessoas para os membros, resolver problemas pessoais e em muitas vezes suprir necessidades, tais como a falta de algum material de trabalho.

A intenção deste questionamento estava voltada a existência de uma coordenação dentro da própria equipe de trabalho, no envolvimento das relações, nas dúvidas e questionamentos. O perfil deste profissional como coordenador de uma equipe, pode estar voltado a um bom desempenho na equipe, com ótimo relacionamento interpessoal, com a obtenção de comprometimento com o trabalho e com a equipe e a partir dessas características poderem criar um ambiente positivo, motivador e estimulante, direcionando ao foco principal do trabalho.

Em seguimento da entrevista, apresenta-se a questão número 8, no qual destaca-se: Discorra como ocorre o trabalho desenvolvido pela equipe.

Os entrevistados A, B, C e D apontam que a equipe trabalha com visitas domiciliares e com atenção domiciliar e que esse trabalho é bem executado. O trabalho da equipe ocorre de forma tranqüila, porém quando acontece um problema em algum caso ou a divergência de alguma questão, leva-se para os outros membros da equipe para discussão da melhor forma e para ser feito o que é melhor, isso destaca a ajuda que cada profissional pode proporcionar de acordo com o seu conhecimento ou com sua experiência.

O entrevistado E, revela que o trabalho da equipe inicia mediante os encaminhamentos médicos, onde a partir desses encaminhamentos, realizam as avaliações e definem se o paciente está apto a entrar no programa. O trabalho da equipe é realizado através de acompanhamentos e visitas médicas, onde as atividades realizadas pelos profissionais do programa são determinadas de acordo com a necessidade do paciente.

Conforme demonstrado anteriormente no fluxograma do programa (Figura 5), de fato o médico assistente é quem desencadeia o processo do trabalho em equipe, pois é a partir da avaliação deste profissional que se procede a entrada de pacientes no programa, mediante os encaminhamentos fornecidos. É na intervenção do médico assistente, que ocorre a entrada de pacientes, com suas demandas e necessidades a serem atendidas pelo programa.

Na visão do entrevistado F, afirma que no trabalho a equipe procura ser ágil, mas ao mesmo tempo eficiente, pelo fato de ocorrer a perda de muito tempo com os deslocamentos, o

que favorece a realização de uma atividade com qualidade. No primeiro contato com a família, a equipe se apresenta, apresenta o programa: quem somos, o que fazemos, como vai ser o sistema de atendimento. É bem importante conhecer a integração da família com o paciente, a dinâmica familiar, e o histórico do paciente. É essencial ter bem claro quem é o cuidador, quem é o responsável pelo paciente e como é feito esse cuidado. Quem será a pessoa, com quem o programa vai precisar ter colaboração, com quem vai se referenciar, questionar ou até mesmo discutir algum procedimento mais importante ou invasivo, pois isso é importante no transcorrer do cuidado. “Acho que a nossa dinâmica é mais ou menos assim. No dia-a-dia vai fluindo de acordo com a necessidade do problema” (Entrevistado F).

Em se tratando da questão número 9, os entrevistados tiveram integração nas respostas e em alguns momentos, semelhanças. A questão é: Quais são as principais demandas dos usuários do programa?

Em relação as falas dos entrevistados A, B, D e F, apontam como principais demandas os pacientes idosos, os acamados, pacientes com seqüela de AVC, Alzheimer, neoplasia, pacientes com próteses de quadril, pacientes cardíacos, com doenças respiratórias, doenças neurológicas em geral e ainda pacientes com infecção urinária em muitas vezes, para evitar a internação. Ainda ocorre que muitos pacientes, além de possuir essas doenças possuem doenças associadas como diabetes e hipertensão, algum processo degenerativo associado ou ainda as complicações de um paciente que está acamado, sendo as feridas ou escaras, a própria alimentação, as eliminações, dentre outros.

O Programa de Atenção Domiciliar faz o atendimento domiciliar e desospitaliza o paciente e a maior demanda segundo o entrevistado C é o uso de antibióticos com os pacientes, realização de curativos, pacientes com cuidados paliativos, que são aqueles pacientes em fases terminais, assim como fisioterapia, nutrição e etc.

No ponto de vista do entrevistado E, o Programa de Atenção Domiciliar trabalha com a questão de complexidade de pacientes, onde a maior demanda é a de pacientes acamados com aprazamento de visitas de trinta dias, de acordo com a necessidade do paciente, é a chamada modalidade de gerenciamento de casos. Existe uma maior quantidade de pacientes nessa modalidade e uma maior procura por esse serviço, pois caracteriza-se pelo acompanhamento médico e cuidados para que o paciente não venha a decair e piorar seu estado de saúde.

Sobre a questão número 10, os entrevistados se sentiram à vontade em respondê-la, pois tratou de perguntar: O objetivo do programa a ser alcançado é compartilhado com outros membros da equipe?

Nas falas dos entrevistados A, B e D, indicaram que o objetivo do programa é compartilhado com todos os membros da equipe, principalmente quando ocorrem reuniões e discussões, inclusive nesses casos, as críticas aparecem em maior tamanho. Mas em muitas vezes, torna-se um trabalho tão mecânico que não se pensa tão a fundo que o objetivo é a melhora do paciente. Existem profissionais que apresentam o mesmo objetivo, porém existem profissionais que não, que fazem parte do programa apenas para trabalhar e ter seu salário digno.

É importante destacar que, o objetivo do programa é proporcionar ao paciente uma alternativa de tratamento que venha evitar uma internação hospitalar e que desencadeia na sua melhora dentro do seu domicílio.

Desta maneira, ao observar as falas dos entrevistados A, B e D, é perceptível que o processo de relacionamento entre os membros da equipe é um pouco desapontado, pois se o relacionamento interpessoal acontecesse da melhor forma possível, não existiria esse tipo de apontamento, entretanto, percebe-se as grandes divergências tanto de visões, como de opiniões.

Eventualmente, o relacionamento interpessoal foi indicado como bom para alguns entrevistados, outros apontaram dificuldades, mas tentam melhorar e outros ainda que apontaram ter uma excessiva dificuldade. Ao mesmo tempo pode-se fazer uma relação com a questão do compartilhamento dos objetivos do programa e observar que existem casos que apresentam contradições nas falas e até mesmo de opiniões, pois se o relacionamento interpessoal é bom, o objetivo do programa tende a ser compartilhado por igual. Se há esse compartilhamento, o relacionamento interpessoal está ocorrendo bem e se há essa troca, observa-se que há um encaminhamento ou uma construção de um trabalho mais interdisciplinar.

Já nos comentários dos entrevistados C e E, afirmam que dentro de cada área da saúde, o objetivo é que o paciente sinta-se e fique bem. Assim, o objetivo do Programa de Atenção Domiciliar é que o paciente sinta-se e fique bem. Desde o primeiro contato de um profissional com o programa, já é informado quais são os objetivos a serem alcançados. A equipe tem que promover um serviço de qualidade ao paciente através da troca de informações, para poder proporcionar o melhor atendimento ao paciente, se não houver, o atendimento do programa não funciona. “A maior recompensa da equipe, é o reconhecimento vindo do paciente, isso é muito legal.” (Entrevistado E)

No discurso do entrevistado F, retrata que o objetivo do programa a ser alcançado é compartilhado, porém sente um pouco de dificuldades, pois os membros da equipe mudam

excessivamente e então as visitas não são realizadas sempre com os mesmos profissionais. Sempre ocorre de ter um profissional diferente, isso dificulta porque por um lado perde-se um pouco a relação de vínculo com a família. Esse vínculo é elemento importante, inclusive quando essa mudança de profissionais ocorre, a equipe discorre todo o histórico do paciente. O objetivo do programa é compartilhado sim, até porque é desta forma que compreende-se a importância da equipe na vida do paciente e nas relações com as famílias.

Em confronto com a fala deste entrevistado, pode-se entender que no momento em que é destacado um pouco de dificuldades pela rotatividade dos membros, é revelado ainda que existe uma perda de vínculo com a família e com o próprio paciente. Todavia, essa mudança excessiva de profissionais afeta também a própria equipe, no sentido de também perder o vínculo com os profissionais, pois muda também o membro da equipe, tendo que voltar a toda a questão de afinidade, amizade, retomar o contexto familiar, o diagnóstico, o histórico do paciente e as atividades e serem realizadas.

Ao seguir com a descrição do roteiro da entrevista, apresenta-se a questão número 11: Qual a importância do trabalho em equipe para o atendimento em saúde do paciente/usuário?

Nas palavras do entrevistado A, discorre que o trabalho em equipe torna-se muito importante para o paciente, pois é um trabalho multidisciplinar e o atendimento precisa acontecer como um todo, ou seja, a equipe tem que visualizar o paciente em todo o seu contexto e sua necessidade. Desta forma, o paciente, sua família ou responsáveis sentem-se seguros por estar ocorrendo um monitoramento vindo do programa, que atende não apenas aquela demanda que surgiu naquele momento, mas procura ter uma visão ampla para quaisquer outras necessidades.

As semelhanças nos discursos dos entrevistados B, C, D e E estão presentes, pois demonstram que, por mais que na equipe existam diferentes maneiras de pensar, de trabalhar, de se expressar, de agir, mas todos trabalham em torno de um único objetivo: fazer com que o paciente tenha melhora, fique bem e manter a equipe informada. Por isso, a grande importância do trabalho em equipe e a troca de informações, pois dentro desse trabalho em conjunto, a equipe alcança o determinado objetivo com qualidade no atendimento e responsabilidade nas informações e nas atividades realizadas.

Na síntese do entrevistado F, enfatiza que para ter qualidade num atendimento ao paciente, é fundamental que exista um bom entrosamento entre os profissionais da equipe. É importante que todos se comuniquem bem e se respeitem. Além da amizade, o respeito de um pelo outro, acima de tudo é o mais importante. Desta forma, o paciente ao ser atendido só tende a ganhar, pois os membros da equipe mostram o melhor de cada um, objetivando o bem

estar do paciente, o que evidencia a troca de informações. Em outras palavras, discute-se entre a equipe o que se torna mais conveniente para determinado paciente e que no fim a equipe chega a uma conclusão de que é o melhor a ser feito.

Ao passar para a questão número 12, os entrevistados aparecem com as respostas prontamente após ser feita a pergunta: Existe troca de técnicas/métodos/opiniões para o alcance dos objetivos do programa?

Os entrevistados A, D e E afirmam que existem poucas trocas e que deveriam existir mais. Pelo pouco tempo de permanência do programa, acreditam que aos poucos essa troca vai se aprimorando. Existem profissionais que apresentam resistências em relação a opiniões alheias, porém muitas vezes sentem-se obrigados a mudarem por existir opções melhores de realização. Essas trocas acontecem com frequência no cotidiano dos profissionais, em contraposição existe a ausência de realizações de reuniões, discussões e apresentações de métodos, sendo apontadas como sugestão desses três entrevistados. Ainda comentam que há a grande importância da educação continuada, que é estudar o paciente e todo seu histórico em seu contexto familiar, nos casos especiais, no qual envolve todas as áreas e todas as atividades.

Ao observar esses registros, a grande dificuldade entre os profissionais na realização da troca de técnicas, informações, métodos e opiniões é a ausência de um espaço determinado para estes fins e também a questão do gerenciamento do tempo dos profissionais, para que seja realizado esse momento.

É importante mencionar que, as reuniões têm que ocorrer num espaço apropriado, onde seja oferecido pela própria instituição e que todos possam participar, por isso o motivo de determinar os horários de trabalho e os horários de reuniões. Em complemento a esta posição, pode-se existir uma demanda muito grande e as condições de trabalho impeçam de existir a realização desses encontros, como por exemplo, o tamanho da equipe em detrimento da quantidade de atendimentos realizados num período ou até mesmo num determinado dia.

Convém enfatizar que, para ocorrer a relação interdisciplinar entre os membros de uma equipe, é necessário que haja espaço e tempo para a realização das trocas de experiências, informações, métodos, técnicas, idéias e opiniões nas dinâmicas de trabalho, o que proporciona a colaboração de todos para atingir o objetivo final.

O entrevistado B, retrata que sempre quando surge algo novo, informações novas, técnicas diferentes, tornam-se frequentes essas trocas, principalmente na parte da enfermagem. É importante mencionar também que, a instituição está sempre preocupada com a capacitação dos profissionais e em muitas vezes oferece cursos de aperfeiçoamento e

capacitação para os profissionais interessados. Mesmo que alguns profissionais não participem por algum motivo, aquele que foi presente traz as informações e repassa para as áreas interessadas. Isso também é válido para o aprimoramento no atendimento do paciente, nas discussões de casos e nas reuniões.

O entrevistado C revela que, os profissionais procuram ao máximo filtrar e absorver informações dos colegas ou até mesmo de colegas membros da equipe, mas que são de outras áreas, pois nem todo mundo tem conhecimento total de tudo. A essência dessa troca é de trabalhar para o alcance dos objetivos, que é sempre a busca da melhora do paciente. Quando se encontra uma dificuldade, tenta-se reunir o grupo e discutir o que pode ser melhorado para alcançar o objetivo e descobrir o motivo da dificuldade. Então, a troca de métodos, técnicas e opiniões tem que existir para que a realização das atividades sempre venha a melhorar.

Na fala do entrevistado F, considera que para o alcance dos objetivos no trabalho desenvolvido, existe com certeza a troca de técnicas, métodos e opiniões. Discorre que se não existir essa troca, o trabalho não enriquece. O grande objetivo de trabalhar em equipe é isso, passar não só sua experiência, mas seu conhecimento e trocar com o outro membro de uma forma mútua, aceitando sugestões e informações do outro também. É dessa forma que acontece o crescimento e a absorção de experiências, só vai chegar ao objetivo, que é a melhora do paciente, quando houver essa troca de idéias. “Muitas vezes eu mudo de idéia, penso em fazer determinada atividade de tal maneira, mas antes discuto com a equipe e em muitas vezes eles ampliam meu olhar, me mostram uma alternativa ou outra posição e realizo conforme consenso da equipe, isso é bem importante” (Entrevistado F).

A questão número 13, que indagou: No seu entendimento, o que é interdisciplinaridade? objetivou deixar o entrevistado livre para colocar realmente sua opinião a respeito.

Os entrevistados A, B e D apontaram semelhanças nas suas colocações, onde retratam que a interdisciplinaridade é a ligação das disciplinas ou das profissões, isto é, vários ramos de atividades diferentes trabalhando em prol de um mesmo objetivo. É ter uma interação e integração entre os profissionais de uma equipe e suas condutas profissionais e não simplesmente cada membro de uma equipe faz uma coisa sem ter o mesmo objetivo a ser alcançado. A interdisciplinaridade liga todas as profissões para um único objetivo, ou seja, liga as profissões existentes em uma equipe de trabalho a apenas um paciente, o que satisfaz as necessidades e dificuldades através das especialidades, conforme as verificações.

O entrevistado C afirma que, a interdisciplinaridade é ter todos os profissionais envolvidos no trabalho a ser desenvolvido. No exemplo do Programa de Atenção Domiciliar,

o atendimento de um paciente envolve os profissionais como um todo, fazendo com que o paciente seja visto no seu contexto, a sua totalidade. Nesta perspectiva, o paciente vai ter o seu diagnóstico, porém o atendimento não será somente mediante o foco do diagnóstico avaliado e sim o paciente será avaliado como um todo.

Na fala do entrevistado E, evidencia que a interdisciplinaridade é a existência de várias disciplinas construindo um objetivo. Relata que a interdisciplinaridade depende muito da relação entre a equipe. Se há um relacionamento bom e rico, a interdisciplinaridade vai aumentando e melhorando a cada dia. Cada profissional depara-se com sua complexidade dentro da sua especialidade, mas isso está se trabalhando para que fique tudo alinhado, o que deixa bem claro o que depende de mim, o que depende do outro e o que depende do próprio programa.

Já na fala do entrevistado F, considera que a interdisciplinaridade é a integração de todos os campos de atuação, relacionado ao entendimento, conhecimento e a troca, proporcionando crescimento. É necessário que se tenha uma convivência legal, com todas as atuações, áreas e profissões que são parte de uma equipe de trabalho. Essa boa convivência está relacionada ao saber e poder ouvir e falar, chegar a conclusões coletivas, interagir no que vai ser melhor naquele momento, sem nenhum membro se impor, o que enfatiza-se a horizontalidade das relações. O consenso, nem sempre existe, mas busca-se a melhor opção para aquele momento, procurando obter a opinião de todos os membros da equipe.

Em relação à questão número 14, que solicitava: Gostaria de acrescentar alguma questão?

Todos os entrevistados sentiram-se satisfeitos com as respostas apresentadas, acharam interessante o tema da pesquisa e que a própria entrevista os fez refletir um pouco sobre os relacionamentos entre a equipe, sobre a importância da troca de métodos, técnicas e opiniões para que o trabalho seja realizado com qualidade e na direção do objetivo e ainda a reflexão sobre a multidisciplinaridade com vistas a uma interdisciplinaridade.

No processo de entrevistas realizado pela pesquisadora, foi possível visualizar as perspectivas dos entrevistados, observar os diferentes tipos de opiniões, os diferentes pontos de vista e o próprio entendimento dos entrevistados perante o assunto e suas visões de como ocorre o desenvolvimento das relações no dia-a-dia, o que está melhorando e crescendo e o que precisa melhorar e aprimorar.

Com o aporte teórico utilizado, com os estudos realizados a partir da pesquisa bibliográfica desenvolvida, com as análises realizadas a partir das entrevistas e ainda com a observação efetuada pela pesquisadora, tanto nas entrevistas como no próprio processo de

trabalho, já que se trata de campo de estágio da pesquisadora, tem-se a obtenção de um resultado. Esse resultado caracteriza o tipo de relação entre a equipe do programa, que apresenta pontos importantes a serem destacados.

O trabalho em equipe no Programa de Atenção Domiciliar, apresenta-se com uma dinâmica de grupo característica, onde os membros são engajados, mostram-se criativos, flexíveis, responsáveis, sempre auxiliam em informações importantes para efetivação de um atendimento ou de uma demanda. Contudo executam o trabalho proporcionando alternativas para que o paciente sinta-se bem e satisfeito com o atendimento prestado, assim como também a própria família ou seus responsáveis.

Ao realizar as análises das entrevistas juntamente com o conhecimento adquirido na seção I, foi possível observar que nas relações da equipe de trabalho no Programa de Atenção Domiciliar, há a predominância de um trabalho multidisciplinar, assim como também existem ocasiões com presença de pluridisciplinaridade, mas existem em alguns momentos esporádicos, no interior da equipe, relações interdisciplinares. As justificativas para essa predominância são questões apontadas e observadas na própria entrevista, onde as respostas indicavam um número muito baixo de trocas de informações, de experiências, de técnicas, métodos, opiniões e ainda a ausência de momentos intrínsecos numa equipe interdisciplinar que é o quesito da discussão de casos, das reuniões, dos momentos coletivos e dentre outros.

Ainda nesta perspectiva, a entrevista proporcionou a observância de que existem profissionais membros da equipe que realizam seu trabalho sem contato direto com os outros profissionais da equipe, sem haver uma troca de informações relacionada ao contexto histórico familiar e descaracterizando ainda mais a questão da interdisciplinaridade.

Por fim, a interdisciplinaridade é uma dimensão que aos poucos vem sendo construída no relacionamento entre a equipe do Programa de Atenção Domiciliar. Essa construção é perceptível pelo fato de já haver poucos momentos interdisciplinares e também o domínio da multidisciplinaridade e estágios da pluridisciplinaridade, pois para se chegar a interdisciplinaridade é preciso que a equipe passe por estas dimensões, para então aos poucos ir observando a importância desta dimensão e construir esse tipo de relacionamento.

O alinhamento das informações, as trocas mútuas, os momentos de discussões coletivas e as sugestões proporcionadas pelos profissionais são pontos a serem trabalhados e melhorados, para que a proposta interdisciplinar tenha um vasto crescimento e que seja um projeto concreto e implantado. Essa proposta enriquece cada vez mais a realização do trabalho profissional e sua ética, as condutas, os relacionamentos entre os próprios profissionais, com os pacientes e familiares.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da discussão empreendida neste estudo, observa-se que conhecer e posteriormente compreender as formas e os tipos de relacionamentos entre as equipes de trabalho em saúde é extremamente relevante e que aos poucos vem crescendo a utilização desses tipos de relacionamentos nas equipes de trabalho. Entender a contextualização histórica do processo de interdisciplinaridade, sua originalidade, os movimentos históricos que trouxeram alterações na compreensão do termo, as significações de suas fragmentações e ainda a diferenciação dos termos interligados que proporcionaram uma ampla visão relacionada ao tema da pesquisa, foi de extrema essencialidade para sua construção.

Todo o processo de aproximação a partir da pesquisa bibliográfica, com os termos interdisciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade proporcionaram a compreensão de que cada qual apresenta, mesmo que a denominação seja semelhante e que seja mínima, mas que indica-se como de extrema importância, as diferenças consideráveis entre eles e que possibilitou a realização de reflexões a respeito da análise a ser realizada, assim como também proporcionou uma maior facilidade na busca de um resultado.

A criação do sistema de saúde no Brasil desde sua origem propiciava a centralidade médica e naquele período o trabalho em equipe na saúde não era muito evidenciado, pois a opinião médica era a que prevalecia, portanto não havia troca de opiniões, métodos, técnicas e muito menos a questão da reciprocidade. Com o passar do tempo foi se verificando a necessidade do relacionamento entre as profissões da área da saúde.

É por este motivo que a criação da questão do conceito ampliado de saúde, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, foi essencial para o relacionamento dos profissionais presentes em trabalho em equipes na saúde e também para o crescimento da própria interdisciplinaridade, pois através da discussão obtida, a questão do adoecimento passou a ser tratada de forma diferente. Ou seja, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, o debate sobre saúde e doença foi muito mais além do que se pensava naquele período, no entanto, as circunstâncias do debate foram tão enriquecidas, que a questão da saúde passou a não ser mais tratada apenas como a cura de doenças e sim a prevenção, a reabilitação, cuidados terapêuticos e ainda a promoção da saúde.

Diante disso, é importante considerar que no Programa de Atenção Domiciliar há a existência de atendimentos realizados pela equipe que estão relacionados a problemas difíceis de famílias e doenças, complexidade dos casos e agravamento da doença, entre outros e por este motivo é necessário que a equipe desenvolva ações interdisciplinares, evidenciando o

bom relacionamento e a responsabilidade para que esse atendimento atinja o objetivo do programa com qualidade e mesmo que o caso seja o mais complexo possível, consiga-se uma resolução positiva.

Atualmente, as heranças que perduram desde a criação do sistema de saúde são predominantes, pois naquela época existia o trabalho em equipe na saúde, porém a própria sociedade criou a centralidade da consulta médica, onde tornou-se uma criação biológica. E essa centralidade médica foi consagrada por conta da cura de doenças, alívio das dores e dos sofrimentos dos cidadãos que necessitavam trabalhar para sobreviver, o que em muitas vezes envolvia aspectos psicológicos.

Os avanços das profissões, o aumento das especialidades na área da saúde e com o momento histórico realizado tanto na VIII Conferência Nacional de Saúde como na própria Reforma Sanitária, foi aos poucos ampliando a categoria profissional de especialidades da saúde (diferentes da medicina), o que avança também nas técnicas e amplia os direitos a saúde dos cidadãos, não voltados apenas para a cura de doenças.

A partir da perspectiva de ampliação das especialidades na área da saúde, toma-se como relevante a interligação entre as profissões, ou seja, a importância de um trabalho em equipe, onde cada profissão trabalha de acordo com sua ética profissional e suas condutas, mas que se dá preferência a um relacionamento mútuo com outras profissões, para que haja uma troca de experiências, informações, métodos e técnicas, opiniões, já que essas várias profissões atendem uma mesma demanda, ou um mesmo paciente.

Sendo assim, este trabalho proporcionou compreender com uma visão mais ampla, a importância da saúde não só tratada como uma questão de doença, mas sim o trabalho voltado a sua prevenção, reabilitação, tratamentos terapêuticos e paliativos, assim como também a própria promoção da saúde. Após a VIII Conferência Nacional de Saúde essa perspectiva apontada por Arouca (1986), surgiu como uma inovação na área da saúde e que se tornou um aspecto determinante para prevenir a doença antes mesmo dela se tornar concreta.

Acerca desta perspectiva, o Programa de Atenção Domiciliar, por ser campo de estágio da pesquisadora e ainda envolver uma equipe de trabalho em saúde, onde obtém uma composição de equipe com a presença de diferentes profissões da área da saúde, foi o objeto de pesquisa deste trabalho. Portanto, conhecer a contextualização histórica, a sua inserção institucional, os objetivos do programa e os critérios para o seu funcionamento, entender os critérios de admissão e desligamento de pacientes, a divisão entre grupo de pacientes e suas respectivas demandas existentes e se inteirar do fluxograma do programa, foram elementos essenciais para a realização da pesquisa.

Desse modo, o interesse da pesquisa era ter uma vasta aproximação com uma equipe de trabalho em saúde e a partir disso, poder observar as condições de relacionamento entre os profissionais membros da equipe, no qual resulta no tipo de relação existente. A composição da equipe vem destacada com profissionais das áreas médica, enfermagem, técnicos de enfermagem, nutrição, serviço social, fisioterapia e representantes administrativos.

Além da aproximação com a equipe e com o programa, por ser o campo de estágio da pesquisadora, foram utilizados aspectos metodológicos para a compreensão do tema, assim como a coleta de dados e ainda suas intrínsecas características para compor a pesquisa e na reflexão realizada. Essas questões foram importantes para adensar a discussão do tema e a proposta da realização de entrevistas, proporcionou uma relação mais próxima com cada profissional.

No entanto, a transição metodológica contou com o estudo de bibliografias e referências a respeito do tema, que determinou o avanço do conhecimento e uma apreensão ampla do tema.

O caráter qualitativo da pesquisa foi escolhido por possibilitar um contato direto com a equipe e com sua relação, com os dados descritivos e ainda com as observações do cotidiano da equipe. O método qualitativo proporciona um olhar diferenciado do pesquisador relacionado aos elementos da área da saúde, procura entender o objeto de estudo distante do senso comum e procura também interpretar o objeto nas entrelinhas dos processos.

Desta forma, as seis entrevistas do tipo semi-estruturadas realizadas com os profissionais da equipe do Programa de Atenção Domiciliar, possibilitaram uma análise diferenciada acerca do relacionamento entre equipes de trabalho em saúde.

É considerável enfatizar que, dentre os aspectos analisados a partir das entrevistas, foi possível constatar que na equipe de trabalho do Programa de Atenção Domiciliar, existem profissionais com opiniões e visões diferenciadas, já previstas por serem de especialidades divergentes, o que possibilitou a apresentação de pouca ligação entre seus fazeres profissionais.

A identificação do tipo de relações existente na equipe dificultou quando em momentos verificava-se a presença de características de categorias distintas, mas que com o decorrer das análises, foi tomando forma e interação com a pesquisa bibliográfica.

A equipe de trabalho em saúde do Programa de Atenção Domiciliar apresenta características voltadas a multidisciplinaridade, pois muitas vezes as falas demonstram um trabalho realizado unicamente e sem haver algum tipo de coordenação. Porém, há também perspectivas que manifestam a pluridisciplinaridade, por revelarem a presença de

coordenação na equipe. Ainda surgem também, apontamentos que ao relacionar com a reflexão dos autores estudados, destacam-se a interdisciplinaridade, nas observações vinculadas ao envolvimento com os pacientes, nas interligações, opiniões e trocas mútuas.

Portanto, a interdisciplinaridade é uma categoria relevante que aos poucos vem sendo reconhecida e implantada nas equipes de trabalho em saúde e, principalmente na equipe do Programa de Atenção Domiciliar é uma relação que está crescendo e está sendo construída, o que proporciona enriquecimento dos profissionais, aprimoramento de suas condutas, a satisfação dos pacientes e seus familiares.

REFERÊNCIAS

AROUCA, A. S. S. Saúde é democracia. **Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-47.

ASSEGA, Mariana Lieka, et al. A interdisciplinaridade vivenciada no PET-Saúde. **Revista Ciência e Saúde**. Porto Alegre, v. 3, n. 1, 2010, p. 29-33.

CARLOS, Jairo Gonçalves. **Interdisciplinaridade: o que é isso?** Disponível em: <http://www.miniweb.com.br/educadores/artigos/pdf/interdisciplinaridade.pdf>. Acesso em: 20/09/2011.

Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Editora: Nova Fronteira. 5ª Edição. Rio de Janeiro, 2001.

EIDELWEIN, Karen. Psicologia Social e Serviço Social: uma relação interdisciplinar na direção da produção de conhecimento. **Revista Textos e Contextos**. Porto Alegre v. 6 n. 2, 2007, p. 298-313.

ELY, Fabiana Regina. **Interdisciplinaridade e serviço social: a experiência do departamento de estradas de rodagem do estado de Santa Catarina - DER/SC**. Florianópolis, SC, 2003. 110 f. TCC (Graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio Econômico, Curso de Serviço Social.

FAZENDA, Ivani C. Arantes. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. 17ª ed. São Paulo: Editora: Papyrus, 2010.

JAPIASSÚ, Hilton. **A interdisciplinaridade e a patologia do saber**. Rio de Janeiro. 1976

RODRIGUES, Maria Lúcia. O Serviço Social e a perspectiva interdisciplinar. In: MARTINELLI, M. L. et al. (org). **O Uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. São Paulo: Cortez/ Educ, 1998.

MELO, Ana Inês Simões Cardoso de; Glaucia Elaine Silva de Almeida. **Interdisciplinaridade: possibilidades e desafios**. In: Capacitação em Serviço Social e política social. Módulo 4. O trabalho do Assistente Social e as Políticas Sociais. Brasília: UNB, 2000.

MENDES, Jussara Maria Rosa; LEWGOY, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalva Carvalho. Saúde e Interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Revista Ciência e Saúde**. Porto Alegre, v. 1, n. 1, 2008, p. 24-32

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (org). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995, p. 19-91.

NOGUEIRA, Sandra Vidal. **O redimensionamento teórico da perspectiva interdisciplinar nos anos 90: limites e possibilidades**. v.14 – n.ºs. 27/28, p. 223 – 242, 2000. Disponível em:

<http://www.seer.ufu.br/index.php/EducacaoFilosofia/article/view/743/676>. Acesso em: 19/07/2011.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. A Importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde. **Revista Katálysis**, Florianópolis, n. 1 , p. 40-48., nov. 1998.

PAVIANI, Jayme. **Interdisciplinaridade ou uma nova disciplina**. Disponível em: <http://cursos.unipampa.edu.br/cursos/ppge/files/2010/11/Interdisciplinaridade-Paviani.pdf>. Acesso em: 22/09/2011

PEDUZZI, Marina. **Trabalho em equipe**, 2011. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traegu.html>. Acesso em: 13/09/2011.

PINHO, Márcia Cristina Gomes de. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Revista Ciências e Cognição**. v.8. Rio de Janeiro. p. 68-87, 2006.

RDC, **Resolução de Diretoria Colegiada**. Órgão emissor: ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2006.

ROSA, Fernanda Nunes. **Interdisciplinaridade: marcos referenciais para o debate no serviço social**. Florianópolis, SC, 2007. 95 f. TCC (Graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio Econômico, Curso de Serviço Social. Disponível em: <<http://tcc.bu.ufsc.br/>

SAMPAIO, Claudia Cullen, et al. Interdisciplinaridade em questão: análise de uma política de saúde voltada a mulher. **Serviço Social e interdisciplinaridade**. 8ª edição. São Paulo: Editora: Cortez. p. 77-95 2008

SARMENTO, SARMENTO, H. B. M. **Instrumentos e Técnicas em Serviço Social: elementos para uma rediscussão**. In: V Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 1996, Rio de Janeiro. ANAIS - V Encontro de Pesquisadores em Serviço Social. Rio de Janeiro: UERJ, 1996. p. 80-82.

SCHERER, Magda Duarte dos anjos; Denise Pires. Interdisciplinaridade: processo de conhecimento e ação. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. p. 1-16, 2006.

SECCO, Sônia Maria de Souza. **A atuação do Assistente Social com famílias e pacientes no contexto da assistência domiciliar na lógica da saúde privada**. p. 1- 19, 2011. MIMEO.

SOARES, Marcos. Definição e caracterização da interdisciplinaridade. **Pesquisa e interdisciplinaridade**. v 1. 2008

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**. 2005, vol.39, n.3, p. 507-514.

VASCONCELOS. Eduardo Mourão. Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. In: VASCONCELOS. Eduardo Mourão (org). **Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental**. 4ª edição. São Paulo: Cortez. 2008. p. 132-157.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, 1997. Ed. Cortez. p.132-154.

ANEXO 1 – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: REFLEXÕES SOBRE INTERDISCIPLINARIDADE A PARTIR DO TRABALHO DE UMA EQUIPE DE UM PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 15 / 07 / 2011.


ASSINATURA
CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Identificação

- Nome:
- Idade
- Sexo:
- Formação:
- Profissão:
- Quanto tempo atua nessa profissão?
- Quanto tempo trabalha no Programa de Atenção Domiciliar?

2. Quem são os membros da equipe?

3. Como ocorre a relação interpessoal entre os membros da equipe?

4. Como você caracteriza o trabalho desenvolvido pela equipe?

5. Você possui um profissional da equipe como referência? Porque?

6. Existe dependência de algum membro da equipe para a realização do seu trabalho?

7. Existe alguma coordenação na equipe?

8. Discorra como ocorre o trabalho da equipe.

9. Quais são as principais demandas dos usuários do programa?

10. O objetivo do programa a ser alcançado é compartilhado com outros membros da equipe?

11. Qual a importância do trabalho em equipe para o atendimento em saúde do paciente/usuário?

12. Existe troca de técnicas/opiniões/métodos para o alcance dos objetivos do programa?

13. No seu entendimento o que é interdisciplinaridade?

14. Gostaria de acrescentar alguma questão?

**APÊNDICE 2 – MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
LIVRE E ESCLARECIDO**

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Trabalho: Reflexões sobre a interdisciplinaridade a partir do trabalho de uma equipe de saúde de um Programa de Atenção Domiciliar

Eu, Samara Marlene Daniel, graduanda do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), estou realizando uma pesquisa para o Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social sobre as relações interdisciplinares existentes entre as equipes de saúde, sob a orientação da professora doutora Keli Regina Dal Prá.

O objetivo desse estudo é identificar e analisar a interdisciplinaridade a partir das relações existentes nas equipes do Programa de Atenção Domiciliar.

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa, através de uma entrevista semiestruturada, a qual poderá ser gravada para facilitar o trabalho de coleta das informações, cuja transcrição você tem o direito de ter acesso se desejar. A sua participação é totalmente voluntária e caso você decida não participar ou queira desistir durante a entrevista, poderá fazê-lo.

Você não terá benefícios diretos participando deste trabalho, mas estará contribuindo para a produção de conhecimento científico que poderá trazer benefícios de uma maneira geral à sociedade. É importante ressaltar que os resultados dessa pesquisa poderão ser publicados em forma de artigo, relatório ou livro, mas sua identidade será preservada, pois será mantido absoluto sigilo de informações que possam identificá-lo (a).

Coloco-me à disposição, em caso de dúvida ou se desejar obter mais informações a respeito da pesquisa através do telefone: (48) 9914-6142, ou pelo e-mail: samaraahh@hotmail.com. Também poderá contatar a orientadora da pesquisa pelo telefone: (48) 9977-8601, ou pelo e-mail: kelidalpra@cse.ufsc.br.

Consentimento:

Eu, _____,
concordo em fornecer informações solicitadas, através de entrevista, para a pesquisa acima mencionada. A pesquisadora me informou o caráter voluntário da entrevista, o direito de negar o meu consentimento, e o direito ao tratamento sigiloso das informações que irei responder. Eu entendi que me será fornecido uma cópia assinada deste termo. Concordo, livremente em participar dessa pesquisa.

Data: _____/_____/_____

Assinatura do (a) entrevistado (a): _____

Assinatura da pesquisadora: _____