

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

ELIANE MATOS

**A CONTRIBUIÇÃO DA PRÁTICA INTERDISCIPLINAR NA
CONSTRUÇÃO DE NOVAS FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DO
TRABALHO EM SAÚDE**

FLORIANÓPOLIS

2006

ELIANE MATOS

**A CONTRIBUIÇÃO DA PRÁTICA INTERDISCIPLINAR NA
CONSTRUÇÃO DE NOVAS FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DO
TRABALHO EM SAÚDE**

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem pelo Curso de Doutorado em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Denise Pires

Florianópolis – SC
2006

© *Copyright* 2006 – Eliane Matos.

Ficha Catalográfica

M433c Matos, Eliane

A contribuição da prática interdisciplinar na construção de novas formas de organização do trabalho em saúde / Eliane Matos — Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2006.

355p.

Inclui bibliografia.

Possui tabelas e organogramas.

1. Saúde – Interdisciplinariedade. 2. Saúde – Trabalho. 3. Gestão – Administração. I. Autor

CDD 21^a ed.– 362.109 81

Catalogado na fonte por Lidyani Mangrich dos Passos – CRB14/697 – ACB439.

ELIANE MATOS

**A CONTRIBUIÇÃO DA PRÁTICA INTERDISCIPLINAR NA
CONSTRUÇÃO DE NOVAS FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DO
TRABALHO EM SAÚDE**

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

E, aprovada na sua versão final em 18 de dezembro de 2006, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

***MARIA ITAYRA COELHO DE SOUZA
PADILHA
– COORDENADORA PEN/UFSC –***

BANCA EXAMINADORA:

***DRA. DENISE ELVIRA PIRES DE
PIRES – PRESIDENTE –***

***DRA. BEATRIZ BEDUSCHI CAPELLA
– MEMBRO –***

***DR. LUIS CARLOS FERREIRA
– MEMBRO –***

***DRA. MARTA INÊS MACHADO VERDI
– MEMBRO –***

***DRA. FRANCINE LIMA GELBCKE
– MEMBRO –***

***DRA. ELIANA MARÍLIA FARIA
– SUPLENTE –***

***DR. GELSON LUIZ DE ALBUQUERQUE
– SUPLENTE –***

***DRA. MARIA TEREZA LEOPARDI
– SUPLENTE –***

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Bento e Oulina, e a minha irmã, Carmem (*In Memoriam*).

Vocês não estavam aqui para assistir muitas de minhas conquistas,
mas permanecem em meu coração.

AGRADECIMENTOS

São muitas as contribuições para finalizar um trabalho como este, portanto, muitas também, são as pessoas a agradecer. Algumas ajudaram diretamente na elaboração do trabalho, outras, indiretamente. Todas as contribuições foram fundamentais para que eu pudesse chegar até aqui. Muito obrigada!

À Universidade Federal de Santa Catarina, ao Curso de Enfermagem e ao Programa de Pós-Graduação, que possibilitaram minha formação em enfermagem, a Especialização em Saúde Pública, o Mestrado e, agora, o Doutorado. Sem a possibilidade oferecida pelo ensino público, eu não chegaria até aqui.

As coordenações e aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, que têm lutado pela qualidade deste programa e pela contribuição neste processo. À professora Maria Itáira, um agradecimento especial, pelo carinho e pelas contribuições.

Às funcionárias da Pós-Graduação, especialmente à Cláudia, pela disponibilidade e atenção dispensada durante o curso.

Ao Hospital Universitário e à Direção de Enfermagem, que tem ao longo de muitos anos, buscado facilitar a capacitação dos/as trabalhadores/as, ainda que com limitações. Com certeza, não teria chegado até aqui se não fossem as facilidades e o estímulo dos dirigentes da instituição, muitas vezes, pouco reconhecidos.

À minha amiga e orientadora, Denise Pires, que esteve comigo em meu trabalho de conclusão de curso, na monografia da especialização, na dissertação de mestrado e, agora, no doutorado. Com você aprendi muito do que sei hoje. Obrigada pela sua presença amiga e pelas grandes contribuições neste trabalho.

Às instituições de saúde, Hospital Universitário e Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas, que permitiram a realização deste estudo.

Aos profissionais de saúde que participaram desta pesquisa, por me acolherem, por exporem suas práticas possibilitando que, hoje, eu esteja aqui. A “beleza” deste trabalho está naquilo que vocês realizam no dia-a-dia, e que pode ser mostrado neste momento. Que a experiência de vocês, apresentada neste estudo, possa servir de

estímulo para outros/as trabalhadores/as. São profissionais como vocês que mostram que é possível mudar a realidade dos serviços de saúde, que o SUS pode dar certo, que a atenção à saúde pode ser melhor e que o trabalho pode ser mais motivador e criativo.

Aos usuários e familiares de usuários dos serviços oferecidos pelas equipes estudadas, pela contribuição. Um agradecimento especial aos doentes oncológicos (*in memoriam*) e aos seus familiares, por terem contribuído com este estudo em um momento tão especial de suas vidas.

Às amigas da Divisão de Enfermagem de Emergência e Ambulatório, do HU, que, de alguma forma, contribuíram para que eu pusesse realizar este doutorado. Um agradecimento especial a Tânia Rebello, que segurou minhas ausências, assumindo boa parte de minhas atividades em alguns momentos. Nunca esquecerei disso. A Rozeli, Eunice, Aldanéia e Lícia, por entenderem minhas ausências em alguns momentos. Obrigada.

À minha filha, Marina, tão longe e tão perto ao mesmo tempo. Durante este processo você se tornou adulta, ainda que adolescente. Criou asas, tomou suas decisões e segue procurando seus caminhos. Desculpa a falta de atenção nos últimos meses e, obrigada por existir.

Ao meu doce *biscuit*, André, que chegou em meio a essa tese, bagunçou minha programação, tentou várias vezes detonar o computador e a minha produção, embora balançando o dedinho de “não, não”, mas também, iluminou minha vida com seus beijos e sorrisos, tirando-me da concentração e do *stress* sempre que eu precisei.

Aos meus irmãos, Maria, Edésia e Pedro, pelo apoio e por não exigir de mim, enquanto estava envolvida com a tese.

À minha sobrinha, Sílvia e ao Edson, pela contribuição e pela presença nos momentos em que precisei.

Ao Alexandre, meu sobrinho, pelos desenhos que utilizei nesta apresentação.

A Zeca, Silvana e Rita, pelo cuidado e carinho para comigo e, por estarem sempre prontas a ajudar em minhas dificuldades.

A Rô e a Salete, da secretaria da Divisão de Enfermagem de Emergência e Ambulatório, pela colaboração neste trabalho e pelo afeto sincero.

Às companheiras do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem, da Comissão Permanente de Material de Assistência e das Divisões de Enfermagem, Nádia, Patrícia, Terezinha, Fátima Padilha, Ilza e Silvana, pelo apoio e amizade.

Às colegas de doutorado, que compartilharam comigo, momentos deste processo.

Às amigas: Jadete, Eliana Azambuja e Magda, com quem dividi pelo “*messenger*” os momentos de solidão neste trabalho.

A Nádia, com quem percorri muitos momentos desta caminhada. Obrigada pelas ajudas, pelo companheirismo e pela amizade.

A Patrícia, amiga especial, pelo afeto e amizade que nos une. Você será sempre minha irmã mais nova.

A Beatriz, minha grande amiga, sempre presente quando eu necessito de apoio.

A Jade, pelas trocas, por partilhar muitos momentos deste estudo e, mais que isso, por ser uma grande amiga.

A Tânia Ziem, que mesmo sem fazer parte da academia foi obrigada a ler esta tese, ordenar referências... E, ainda, cuidar de mim e de minha filha em muitos momentos. Obrigada, você é uma pessoa especial.

A minha família de coração, Jorge e Denise, Odilon e Kázia, Lúcia e Reinaldo, Edson e Heloísa e aos muitos filhotes, pela amizade.

Às/aos professoras/es: Beatriz Capella, Francine Gelbcke, Marta Verdi, Luis Carlos Ferreira, Gelson Albuquerque, Teresa Leopardi e Eliana Faria, por aceitarem participar desta banca. Obrigada pelas contribuições.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste estudo.

MATOS, Eliane. **A contribuição da prática interdisciplinar na construção de novas formas de organização do trabalho em saúde**, 2006. 355f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar a contribuição da prática interdisciplinar para a construção de Novas Formas de Organização do Trabalho (NFOT) assistencial em saúde. A investigação foi realizada em duas experiências de atenção à saúde que atuam com a perspectiva interdisciplinar. Estas experiências ocorrem em duas instituições hospitalares públicas de saúde, situadas em uma capital da região sul do Brasil. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e, o quadro teórico de análise conta com uma revisão de literatura acerca da interdisciplinaridade, da produção do conhecimento em saúde e do processo de trabalho em saúde, contemplando aqui também as chamadas NFOT. Nesse sentido, considerou-se as contribuições de autores/as que estudaram a interdisciplinaridade nos diversos ramos do saber e, em especial, a interdisciplinaridade em saúde, bem como de autores que estudaram o processo de trabalho na sociedade, principalmente aqueles que estão relacionados às mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho, nas últimas décadas. O caminho teórico-metodológico teve por base o materialismo histórico-dialético e a perspectiva da complexidade de Edgar Morin. Os dados foram coletados em três etapas que aconteceram simultaneamente, sendo que uma delas consistiu em uma coleta de opiniões, realizada através de entrevistas semi-estruturadas com trabalhadores/as das diversas profissões da saúde que compõem as duas equipes estudadas, bem como usuários e familiares cuidados por estas equipes. Com os/as profissionais de saúde, foram abordados aspectos referentes à organização do trabalho, à perspectiva interdisciplinar e à avaliação do trabalho que desenvolvem nas equipes interdisciplinares. Com os usuários e familiares, foram abordados aspectos da assistência que recebem. Outra etapa consistiu na observação sistemática das atividades, realizadas pelas duas equipes interdisciplinares, desde situações do trabalho cotidiano, visitas domiciliares, atividades com grupos de usuários e atendimento ambulatorial. A terceira etapa da coleta de dados foi realizada pelo estudo de documentos que tratavam das instituições, da estrutura dos grupos, tais como: livros-ata, relatórios, prontuários, protocolos assistenciais. Os dados levantados, nesses três momentos, foram organizados nas seguintes categorias centrais: caracterização das instituições e das equipes interdisciplinares estudadas; processo de trabalho em saúde nas equipes interdisciplinares - os aspectos potenciais para a construção de NFOT em saúde; as expressões da interdisciplinaridade no contexto das equipes de cuidados paliativos e da equipe de gerontologia e; relações de trabalho e subjetividade nas equipes interdisciplinares. Os resultados deste estudo apontaram que a organização do trabalho em equipes interdisciplinares apresenta características que se aproximam das NFOT em saúde, dentre as quais se destacam: a construção de um projeto compartilhado de atenção ao usuário, com base na atenção integral à saúde; aproximação do/a trabalhador/a com os resultados do trabalho; melhores relações entre trabalhadores/as; maior satisfação no trabalho e relações mais solidárias dos/as trabalhadores/as entre si e, destes/as, com os usuários, produzindo também efeitos positivos na satisfação dos usuários.

Palavras-chave: Interdisciplinaridade, Gestão e Organização do Trabalho em Saúde, Novas Formas de Organização do Trabalho.

MATOS, Eliane. **La contribución de la práctica interdisciplinar en la construcción de nuevas formas de organización del trabajo en salud**, 2006. 355f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es identificar la contribución de la práctica interdisciplinar en la construcción de Nuevas Formas de Organización del Trabajo (NFOT) asistencial en salud. La investigación fue realizada a partir de dos experiencias de atención a la salud que actúan dentro de la perspectiva interdisciplinar. Esas experiencias son realizadas en dos hospitales públicos, los cuales están situados en una capital de la región sur del Brasil. El estudio es de naturaleza cualitativa, cuyo marco teórico de análisis está basado en una revisión de literatura sobre interdisciplinariedad, la producción del conocimiento en salud y el proceso del trabajo en salud, incluyendo también, las llamadas NFOT. En ese sentido, la investigación consideró las contribuciones de autores/as que estudiaron la interdisciplinariedad en las diversas áreas del saber, y, especialmente, la interdisciplinariedad en salud, así como autores que estudian el proceso de trabajo en la sociedad, principalmente, los que están relacionados con los cambios que están sucediendo en el mundo del trabajo en las últimas décadas. El decurso teórico-metodológico de esta investigación está basado en el materialismo histórico-dialéctico y en la perspectiva de la complejidad de Edgar Morin. Los datos para el análisis fueron recolectados en tres etapas que ocurrieron simultáneamente. Una de esas etapas se constituyó en una recolección de opiniones, la cual fue realizada por medio de entrevistas parcialmente elaboradas con trabajadores de diversas profesiones de la salud, que forman parte de los equipos estudiados, así como también, con los usuarios y los familiares cuidados por estos equipos. Con los profesionales de salud se abordaron aspectos referentes a la organización del trabajo, a la perspectiva interdisciplinar y a la evaluación del trabajo que se desarrolla en los equipos interdisciplinarios. A su vez, con los usuarios y familiares fueron abordados aspectos a cerca de la asistencia que ellos reciben. Otra etapa se constituyó en la observación sistemática de las actividades realizadas por los dos equipos interdisciplinarios, desde situaciones del trabajo cotidiano, así como visitas domiciliarias, actividades con grupos de usuarios y el atendimento ambulatorial. La tercera etapa de la recolección de los datos fue realizada por el estudio de los documentos que trataban de las instituciones, de la estructura de los grupos, tales como: libros-acta, informes, prontuarios, protocolos asistenciales. Los datos obtenidos en esos tres momentos, fueron organizados en las siguientes categorías centrales: caracterización de las instituciones y de los equipos interdisciplinarios estudiados; el proceso de trabajo en salud en los equipos interdisciplinarios; los aspectos potenciales para la construcción de NFOT en salud; las expresiones del área interdisciplinar empleadas en el contexto de los equipos de cuidados paliativos y del equipo de gerontología; las relaciones de trabajo y subjetividad en los equipos interdisciplinarios. Los resultados obtenidos con esta investigación mostraron que la organización del trabajo en equipos interdisciplinarios presenta características que se aproximan de las NFOT en salud, entre las cuales se destacan: la construcción de un proyecto compartido de atención al usuario basado en la atención integral a la salud; aproximación del trabajador con los resultados del trabajo; mejores relaciones entre los trabajadores; mayor satisfacción en el trabajo y relaciones más solidarias de los trabajadores entre sí, y, de ellos con los usuarios, produciendo efectos positivos en la satisfacción de los usuarios.

Palabras clave: Interdisciplinariedad; Gestión y Organización del Trabajo en Salud; Nuevas formas de Organización del Trabajo.

MATOS, Eliane. The contribution of interdisciplinary practice in the construction of new forms of work organization in health care, 2005. 355f. Thesis (Doctorate in Nursing) – Post Graduation Course in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina..

ABSTRACT

The objective of this study is to identify the contribution of interdisciplinary practices in the construction of New Forms of Work Organization (NFOT) towards care in health care. The investigation was carried out in two experiments of an interdisciplinary nature in health care. These experiments were situated in two public health care hospital institutions in a state capital in the southern region of Brazil. This study is qualitative in nature, and the theoretical background for its analysis counts upon a literature review in the area of interdisciplinarity; the production of knowledge in health care, and the work process in health care, contemplating as well the so-called NFOT. In this regard it considers the contributions of the authors who have studied interdisciplinarity in the diverse fields of knowledge, and especially interdisciplinarity in health care, as well as the authors who have studied the work process in society, principally those which are related to changes that have been occurring in the world of work in recent decades. The theoretical-methodological path taken was based upon historical-dialectic materialism and Edgar Morin's perspective of complexity. The data was collected in three simultaneous stages. One of these stages consisted of a collection of opinions, carried out through semi-structured interviews with workers of diverse health care professions who compose the two studied teams, as well as users and family members cared for by these teams. Aspects relevant to the organization of work, the interdisciplinary perspective, and the evaluation of work that they developed in their interdisciplinary teams were discussed with the health care professionals. Aspects relevant to the care they received were discussed with the users and their family members. Another stage consisted of the systematic observation of the activities performed by the two interdisciplinary teams, from everyday work situations, house calls, group activities, to ambulatory care. The third stage in the data collection was made possible through the study of documents that dealt with the institutions and the structure of the groups, such as: log-books, reports, medical charts, care protocols. Once the data was collected, the following central categories were organized: characterization of the institutions and the studied interdisciplinary teams; the work process in interdisciplinary teams in health care – the potential aspects for the construction of NFOT in health care; the expressions of interdisciplinarity in the context of the palliative care and gerontology teams; work relationships and subjectivity in interdisciplinary teams. The results of this study point out that the organization of work in interdisciplinary teams presents characteristics that approximate those of the NFOT in health care, among which are: the construction of a shared care project for the user based on integral attention to health care; approximation of the worker with the results of the work; better relationships among workers; greater satisfaction at work; and more solidary relationships among workers and from workers to users, thus producing positive effects in user satisfaction.

Keywords: Interdisciplinarity, Management and Organization of Work in Health Care, New Forms of Work Organization.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 - Formas Neo-Tayloristas ou Pós-Tayloristas de Organização do Trabalho	74
Quadro 2: Caracterização dos/as profissionais por formação em nível de pós-graduação, tempo de profissão, tempo na equipe estudada e natureza da instituição/universidade formadora.....	100
Quadro 3 - Caracterização dos usuários/familiares entrevistados segundo instituição, idade, profissão/situação profissional e município de residência.....	107
Figura 1 –Organograma da instituição oncológica, 2006.....	122
Quadro 4 – Evolução do número de leitos, consultas ambulatoriais e de emergência e internações na instituição hospitalar universitária.....	140
Figura 2 - Organograma da instituição hospitalar universitária, 2006.....	144

LISTA DE SIGLAS

CLT – CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO
CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
ECP – EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS
EG – EQUIPE GERONTOLÓGICA
ESF – ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
FIDEPES – FATOR DE INCENTIVO AO DESENVOLVIMENTO DO ENSINO E PESQUISA
GSA – GRUPO SEMI-AUTÔNOMO
ME – MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE
NETI – NÚCLEO DE ESTUDOS DA TERCEIRA IDADE
NFOT – NOVAS FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO
OCT – ORGANIZAÇÃO CIENTÍFICA DO TRABALHO
OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
PID – PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR
POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
PSF – PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
RH – RECURSOS HUMANOS
SADT – SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA
SAME – SERVIÇO DE APOIO MÉDICO
SES - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SIA – SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL
SIH – SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR
SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TMO – TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA
UERJ – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
UFSC – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
VTM – VIVENDO E TRABALHANDO MELHOR

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS E FIGURAS.....	11
LISTA DE SIGLAS.....	12
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO E OBJETIVOS.....	16
1.1. INTRODUÇÃO.....	16
1.2 OBJETIVOS.....	25
CAPÍTULO II - REFERÊNCIAS TEÓRICAS.....	26
2.1 INTERDISCIPLINARIDADE E CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO.....	26
2.2 INTERDISCIPLINARIDADE: OS ESTUDOS SOBRE A TEMÁTICA.....	39
2.3 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	55
2.3.1. Processo de trabalho em saúde e organização do trabalho.....	55
2.3.2 As novas formas de organização do trabalho e a contribuição para pensar o trabalho em saúde.....	61
CAPÍTULO III – METODOLOGIA.....	80
CAPÍTULO IV - CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES E DAS EQUIPES INTERDISCIPLINARES.....	97
4.1 COMPOSIÇÃO E TRAJETÓRIA DAS EQUIPES PROFISSIONAIS E PERFIL DOS SUJEITOS INTEGRANTES DO ESTUDO – TRABALHADORES/AS E USUÁRIOS/ FAMILIARES.....	98
4.2 A INSTITUIÇÃO ONCOLÓGICA E A EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS...	107
4.2.1 A inserção no sistema de saúde; a estrutura institucional de serviços e de recursos humanos; o financiamento das ações de saúde e as condições de trabalho institucional.....	108
4.2.2 O organograma institucional e a gestão do trabalho.....	121
4.3 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E A EQUIPE GERONTOLÓGICA.....	135
4.3.1 A inserção no sistema de saúde; a estrutura de serviços e de recursos humanos; o financiamento das ações de saúde e as condições de trabalho institucional.....	136
4.3.2 O organograma institucional e a gestão do trabalho.....	141

CAPÍTULO V - PROCESSO DE TRABALHO NAS EQUIPES INTERDISCIPLINARES: OS ASPECTOS POTENCIAIS PARA A CONSTRUÇÃO DE NOVAS FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE.....	145
5. 1 PARTICIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E DAS EQUIPES INTERDISCIPLINARES NO PROCESSO DECISÓRIO DA INSTITUIÇÃO.....	145
5.2 GESTÃO, ORGANIZAÇÃO E DIVISÃO DO TRABALHO NAS EQUIPES INTERDISCIPLINARES.....	154
5.2.1 A composição profissional e a divisão do trabalho nas equipes interdisciplinares.....	159
5.2.2 A enfermagem e suas especificidades no desenvolvimento do trabalho coletivo.....	169
5. 2.3 A coordenação nas equipes interdisciplinares.....	188
5.3 O INSTRUMENTAL DE TRABALHO UTILIZADO PELAS EQUIPES INTERDISCIPLINARES.....	198
5.3.1 O prontuário único.....	200
5.3.2 Os protocolos assistenciais.....	203
5.4 ATIVIDADES POTENCIALIZADORAS DA INTERDISCIPLINARIDADE E DE NOVAS FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.....	207
5.4.1 As reuniões de equipe e as visitas multiprofissionais aos usuários internados.....	207
5.4.2 Os estudos de caso.....	208
5.4.3 A educação permanente.....	210
5.4.4 As conferências de família, as reuniões com acompanhantes, a sala de espera, os grupos de apoio a familiares cuidadores/as de Alzheimer e Parkinson.....	217
5.5 O PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO ASSISTENCIAL NAS EQUIPES DE CUIDADOS PALIATIVOS E EQUIPE GERONTOLÓGICA.....	226
CAPÍTULO VI – A COMPREENSÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE PELAS EQUIPES DE CUIDADOS PALIATIVOS E EQUIPE GERONTOLÓGICA.....	241
6.1 PROJETO COMUM: A BASE DO PROJETO INTERDISCIPLINAR.....	243
6.2 AS RELAÇÕES NECESSÁRIAS AO PROJETO INTERDISCIPLINAR.....	247
6.3 EQUIPES INTERDISCIPLINARES: EXPERIÊNCIAS SINGULARES.....	260
6.4 EQUIPES INTERDISCIPLINARES: UM ESPAÇO DE PRODUÇÃO DE SUJEITOS...	263
6.5 INTERDISCIPLINARIDADE EM SAÚDE: SINTETIZANDO AS EXPRESSÕES DOS SUJEITOS.....	279
CAPÍTULO VII – RELAÇÕES DE TRABALHO E SUBJETIVIDADE NAS EQUIPES INTERDISCIPLINARES.....	283
7.1 INTERAÇÃO, ARTICULAÇÃO E PODER NAS RELAÇÕES PROFISSIONAIS..	283

7.2 AS RELAÇÕES PROFISSIONAIS/USUÁRIOS E FAMILIARES E OS ELEMENTOS GERADOS A PARTIR DESTE ENCONTRO: ACOLHIMENTO, VÍNCULO, RESPONSABILIZAÇÃO E AMPLIAÇÃO DO ACESSO.....	289
7.3 TRABALHO INTERDISCIPLINAR E EXPRESSÃO DA SUBJETIVIDADE.....	305
CAPÍTULO VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS: REVENDO A TRAJETÓRIA, APONTANDO AS POTENCIALIDADES, RECONHECENDO OS LIMITES E SINALIZANDO NOVAS POSSIBILIDADES DE INVESTIGAÇÃO.....	319
REFERÊNCIAS.....	332
APÊNDICES.....	345
APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA - PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	346
APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA – USUÁRIOS DO SERVIÇO.....	347
APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA.....	348
APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	349
APÊNDICE 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS USUÁRIOS DO SERVIÇO.....	350
APÊNDICE 6 – AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA.....	351
ANEXOS.....	352
ANEXO 1 - SIGLÁRIO DO ORGANOGRAMA DA INSTITUIÇÃO UNIVERSITÁRIA.....	353

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

1.1. INTRODUÇÃO

As mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho, desde as últimas décadas do século XX, intensificaram, sobremaneira, o debate acerca das diversas dimensões do trabalho humano na sociedade.

A partir dos anos 20 do século passado, o desenvolvimento das teorizações sobre a gerência científica, por Taylor e Fayol e a criação da linha de montagem por Ford, contribuiu para intensificar a produção industrial e, essa lógica de organização e gerenciamento do trabalho expandiu-se para outros setores econômicos. O modelo da gerência científica caracteriza-se por uma prática de gestão baseada na separação entre concepção e execução do trabalho e pouca autonomia dos/as trabalhadores/as sobre o processo de trabalho. O dinamismo desse modelo começa a dar sinais de esgotamento no final dos anos 60, sendo experimentadas novas formas de organização e gestão do trabalho. Esse processo gera um grande debate político e teórico acerca da organização hegemônica do trabalho, nos moldes taylorista-fordista, e também, sobre as novas formas de organização do trabalho¹, introduzindo questões como autonomia, flexibilidade, diversificação, qualidade, trabalho em equipe, grupos ou células, grupos semi-autônomos e outros.

Como parte integrante da totalidade social, o trabalho em saúde não está excluído desse debate.

O modelo taylorista influenciou a organização do trabalho nas instituições de saúde, especialmente nas instituições hospitalares. Atualmente, ainda é a forma predominante de organização do trabalho nessas instituições, visível, especialmente, no processo de trabalho de algumas categorias, como, por exemplo, enfermagem, nutrição, fisioterapia e farmácia (PIRES, 1998).

¹ O debate acerca da organização do trabalho e as novas formas de organização do trabalho têm caráter central neste estudo, e está aprofundado no capítulo 2.

Na enfermagem, a organização taylorista do trabalho influenciou a estruturação do modelo de formação e de atuação profissional, proposto e implementado por Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX, na Inglaterra.

O modelo da gerência científica fundamenta-se na divisão entre trabalho manual e intelectual e na hierarquização de atividades e funções, pela fragmentação do trabalho, distanciando os/as trabalhadores/as do conhecimento e controle do processo como um todo. Separa concepção e execução que são articulados pelo controle gerencial do processo de produção, que estabelece e hierarquiza funções. Esse modo de organização do trabalho tem levado a desmotivação e desequilíbrios nas cargas de trabalho.

Percebendo as limitações e inadequações desse modelo, e suas conseqüências para trabalhadores/as e usuários/as dos serviços de saúde, durante a realização do curso de Mestrado em Enfermagem, empreendi um estudo com trabalhadores/as de enfermagem (enfermeiros/as, técnicos/as e auxiliares de enfermagem), que atuam em um Hospital Universitário da região sul do Brasil. O objetivo desse estudo foi buscar indicativos para uma proposta de organização do trabalho de enfermagem com características emancipatórias para o/a trabalhador/a e que resultasse em uma assistência de qualidade (MATOS, 2002).

A literatura que norteou a realização daquele estudo constituiu-se em uma série de pesquisas que discutiam os rumos do trabalho na atualidade, as novas formas de gestão e de organização desse trabalho (CECÍLIO, 1997a, 1999; CAMPOS, 1997, 2000a, 2005; PIRES, 1998; GUIMARÃES, 1995; SALERNO, 1999; FLEURY, VARGAS, 1987).

As discussões em torno de Novas Formas de Organização do Trabalho (NFOT) estão centradas, principalmente, na reflexão sobre o modelo de organização do trabalho hegemônico em nossa realidade, representado pelo modelo taylorista-fordista e os novos modelos de organização do trabalho, que rompem basicamente com os princípios e técnicas tayloristas, ou seja, parcelarização, especialização, tempos impostos, individualização, separação entre controle e execução, separação entre concepção, coordenação e execução (LIU apud GRAÇA 2002).

Focando a organização do trabalho da enfermagem, os/as integrantes da

pesquisa, por mim realizada em 2002, apontaram indicativos com vistas a romper com o modelo hegemônico. Destacaram, entre outros a necessidade de:

- experiências que diminuam a distância entre concepção e execução do trabalho, envolvendo a participação dos/as trabalhadores/as no processo decisório, bem como a participação dos/as usuários/as no planejamento global da assistência que recebem;
- participação dos/as trabalhadores/as nas decisões que envolvem a instituição e o seu trabalho e, uma estrutura de educação continuada no trabalho, que considere o/a trabalhador/a de enfermagem em suas dimensões pessoal, profissional e institucional e, preocupe-se com o seu crescimento global como ser humano;
- reflexão contínua sobre o processo de trabalho de enfermagem e suas especificidades no conjunto do trabalho coletivo em saúde;
- utilização de tecnologia adequada ao trabalho, considerando as necessidades dos/as trabalhadores/as e sua utilidade técnico-social;
- relações de trabalho pautadas no diálogo, no trabalho em equipe, na comunicação autêntica, na ética, na solidariedade e no compromisso profissional com aquele/a que recebe a assistência de enfermagem (MATOS, 2002).

Os/as participantes da pesquisa ressaltaram também:

- a necessidade de fortalecer uma prática que aproxime a enfermagem das características de uma profissão do campo da saúde, restaurando, no trabalho, a possibilidade de uma atividade integradora, que valorize o potencial criativo do/a trabalhador/a e seu domínio sobre o processo de trabalho, rompendo com a divisão parcelar do trabalho e seus efeitos negativos;
- a necessidade de construção e/ou fortalecimento da perspectiva interdisciplinar da prática em saúde, integrando as ações e os/as diversos/as profissionais;
- a necessidade de construção de relações solidárias entre os/as trabalhadores/as de saúde, entre os/as trabalhadores/as de enfermagem e

destes/as com o sujeito hospitalizado e familiares;

- que o gerenciamento deve ser horizontal, participativo, através de órgãos colegiados com os demais segmentos da instituição e, internamente, na enfermagem, de forma que se estabeleça o controle dos/as trabalhadores/as sobre os processos que envolvem seu trabalho e os rumos da instituição, dentre outros (MATOS, 2002).

Questionando a sua própria atuação, os/as trabalhadores/as apontaram caminhos para a superação dessa realidade, internamente, na enfermagem, e indicaram a necessidade urgente de intervenções que possibilitem a integração com os/as demais profissionais de saúde, pois a intervenção da enfermagem tem limites que não podem ser superados isoladamente.

Na realidade específica da instituição estudada, pude constatar que os indicativos levantados pelos/as trabalhadores/as que participaram do estudo, para uma nova organização do trabalho institucional de enfermagem, coincidiram, na maioria das vezes, com àqueles apontados por estudos anteriores como os de Pires (1998); Cecílio (1997a; 1999) e Campos (1997).

Cecílio (1997a, 1999), ao tratar do trabalho coletivo em saúde, sugere que, para superar a atual realidade das instituições públicas de saúde, é necessário ir além da lógica taylorista/fordista de gestão e organização do trabalho, através de iniciativas de trabalho conjunto entre os/as diversos/as profissionais de saúde.

Pires (1998, p. 20), em estudo teórico associado a um estudo de campo sobre o trabalho em saúde na atualidade, faz uma reflexão sobre o trabalho humano, a organização do trabalho no modo de capitalista de produção, o taylorismo, o fordismo e as transformações no mundo atual, procurando entender o processo de trabalho e os rumos do setor saúde no atual processo de reestruturação produtiva. Aponta caminhos/sinalizações no trabalho assistencial que, potencialmente, podem ser utilizados no sentido de ruptura com a fragmentação taylorista e em direção a um trabalho mais colaborativo, emancipador e de melhor qualidade.

Entre essas sinalizações destaca-se:

- o prontuário único para registro da assistência prestada por todos/as os/as profissionais de saúde, que poderia ser utilizado de forma mais efetiva para

integração e disponibilização dos diferentes olhares e perspectivas profissionais do assistir em saúde;

- a atuação interdisciplinar das comissões de infecção hospitalar, perpassando vertical e horizontalmente todos os espaços de organização do trabalho na instituição hospitalar;
- a assistência de enfermagem, organizada na forma de “cuidados integrais”²;
- as práticas multidisciplinares, desenvolvidas no cotidiano ou por meio de grupos formais, que focalizam a atenção à saúde de determinados grupos de doentes, as quais têm potencial para a construção da interdisciplinaridade.

A estrutura do hospital, estudada por mim em 2002, no que diz respeito às ações gerenciais e assistenciais, foi fortemente influenciada pelo modelo taylorista de organização do trabalho. Foram elaborados organogramas verticais, sem relações laterais, nos quais os/as diversos/as profissionais se organizaram de acordo com o tipo de serviço prestado, em uma estrutura fortemente hierarquizada, a qual mantêm-se nos dias atuais, embora com resistências e iniciativas que se pode considerar como diferenciadas no contexto hospitalar brasileiro.

O prontuário orientado para o problema existe desde a abertura do hospital em 1980. Foi idealizado com base na premissa de que “o paciente tem um prontuário, no qual todas as observações e dados estão correlacionados com seus problemas específicos e cada problema é visto em relação a todos os seus outros problemas” (WEED apud LEOPARDI, 1991, p. 57). No entanto, o prontuário tem servido de arquivo para os registros de enfermagem, bem como para os registros de prescrição e evolução médica e, a organização dos registros em prontuário único não tem se traduzido em uma perspectiva de assistência integradora e potencializadora da interdisciplinaridade. O que se verifica, por exemplo, pelo pequeno número de anotações dos demais profissionais – assistentes sociais, nutricionistas, como também pelo fato de que nem mesmo medicina e enfermagem têm trabalhado integradamente

² **Cuidado integral** é entendido como aquele em que um/a trabalhador/a de enfermagem presta toda a assistência a um/a ou mais doentes durante um turno de trabalho. Pires (1999, p. 41-42) salienta que a alternativa de cuidado integral é potencialmente criativa e motivadora, pois permite ao/a trabalhador/a compreender e ter maior controle sobre o trabalho que executa do que o modelo de **cuidados funcionais**, no qual os/as enfermeiros/as centralizam a concepção e o planejamento da assistência a ser prestada e, determinam tarefas específicas a serem executadas pelos/as técnicos/a, auxiliares e atendentes de enfermagem (quando existem).

suas anotações no prontuário, considerando a duplicidade de informações presentes no mesmo.

Em relação à enfermagem, que utiliza o prontuário para o registro e para a sistematização da assistência, a situação atual não é diferente da encontrada por Leopardi (1991). Ainda hoje, apenas os/as enfermeiros/as manuseiam o prontuário efetivamente. Com exceção dos registros de sinais vitais, checagem de prescrição e outros controles, o pessoal de enfermagem não tem o hábito de ler a evolução de enfermagem, o histórico de enfermagem, nem as anotações dos demais profissionais de saúde.

Mantêm-se, desde a década de 80, no referido hospital, grupos multidisciplinares que se caracterizam por desenvolver uma prática diferenciada, com ações mais integradas com vistas à construção da interdisciplinaridade. Esses grupos recebem inúmeras designações e dedicam-se ao estudo, pesquisa e cuidado de pessoas com problemas de saúde específicos (Diabetes, Atenção à Mulher, ao Idoso e outros). Desenvolvem um importante papel no contexto da instituição, muitas vezes sem as necessárias condições, sem um estudo de seu impacto na assistência, de sua contribuição na construção de conhecimentos na área, e também dos seus efeitos para a organização do trabalho institucional.

Os grupos e experiências interdisciplinares em saúde são pouco compreendidos e estudados, e são, hoje, realidades assistenciais importantes na experimentação de outras formas de gestão e organização do trabalho em saúde, aspectos fundamentais para a aplicação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a humanização da assistência. No entanto, hegemonicamente, o trabalho em saúde ainda é predominantemente fragmentado e pouco integrado. A maioria dessas iniciativas não é reconhecida formalmente nos organogramas hospitalares, funcionando de forma paralela, com maior ou menor reconhecimento, dependendo de cada momento e da força interna dos/as profissionais que compõem o grupo.

Reconhecendo as carências existentes na atualidade e com base no resultado do estudo que realizei no Curso de Mestrado, optei, neste momento, por buscar compreender os caminhos percorridos por grupos multiprofissionais de cuidado a pessoas com problemas específicos de saúde, em instituições hospitalares. Entendo que

a assistência organizada, através de grupos multiprofissionais que se propõe desenvolver uma prática interdisciplinar, pode contribuir para a construção de um trabalho criativo e motivador para os/as profissionais, e de melhor qualidade para os/as usuários/as.

As exigências colocadas pelo mundo, em sua fase atual de desenvolvimento, os questionamentos acerca da validade e aplicabilidade do conhecimento fragmentado são relevantes para as instituições de saúde e para os/as profissionais preocupados com uma assistência de qualidade.

Alguns indicadores para a construção de uma nova prática assistencial em saúde (oriundos da Teoria da Complexidade de Edgar Morin, da crítica ao paradigma cartesiano de ciência, dos princípios e diretrizes do SUS e das teorizações sobre as novas formas de organização do trabalho) podem ser assim resumidos:

- a) superar a fragmentação colocada pela ciência moderna e favorecer a articulação das ações desenvolvidas pelas diferentes profissões, um olhar interdisciplinar sobre o objeto de trabalho em saúde;
- b) desenvolver uma assistência integral e uma nova relação entre usuário, profissionais e comunidade;
- c) promover um atendimento mais acolhedor, que aprofunde as relações profissional-usuário;
- d) democratização das relações de trabalho, possibilitando a construção de uma gestão participativa que inclua trabalhadores/as e usuários.

Nesse contexto, coloca-se a seguinte questão de investigação: **em que sentido as práticas interdisciplinares em saúde, existentes hoje, podem constituir-se em um caminho para a construção de novas formas de organização do trabalho em saúde?**

Da pergunta de pesquisa origina-se a tese deste estudo: **as práticas interdisciplinares contribuem para a construção de novas formas de gestão e organização do trabalho coletivo, favorecendo a construção de melhores relações de trabalho e, diminuindo a distância entre grupos profissionais e entre profissionais e usuários do serviço de saúde, com reflexos positivos para a qualidade da assistência.**

Foram analisadas duas experiências de atuação em equipe interdisciplinar, uma voltada para a atenção à pessoa com câncer avançado, em cuidados paliativos, e outra, voltada à atenção de idosos/as. As duas experiências realizam-se em instituições hospitalares públicas situadas em um estado da região do Sul do Brasil. Nelas, busquei identificar os aspectos que se aproximam das chamadas novas formas de organização do trabalho e que promovem satisfação aos usuários e trabalhadores/as.

O resultado do estudo dessas experiências é relevante para o conhecimento em saúde e enfermagem, uma vez que aponta caminhos para uma nova prática em saúde que inclui relações mais efetivas entre os/as profissionais, contribuindo para a resolução dos conflitos existentes no cotidiano assistencial e para uma assistência integral de melhor qualidade, atendendo às necessidades colocadas de efetivação do próprio Sistema Único de Saúde brasileiro.

O ponto de partida que elegi para este estudo encontra-se na articulação do conhecimento e da prática dessas propostas, pois como afirma Nunes (1995, p. 102), a interdisciplinaridade “não existe como decorrência do puro desejo de saber, independente de um projeto e de uma motivação extraordinária”. Além disso, a prática real, com certeza, aponta limites e possibilidades, uma vez que “não existe, no momento, estrutura conceitual ou institucional que acomode tal visão, mas muitos são os que estão preocupados em construir esse novo paradigma” (CAPRA, 1982, p. 315).

Os pressupostos básicos norteadores do estudo foram:

- a atenção à saúde, através de grupos multiprofissionais organizados na perspectiva interdisciplinar, pode resultar em formas mais humanas de organização do trabalho e de prestação da assistência, beneficiando, a um só tempo, trabalhador/a e usuários. A construção dessas práticas poderá constituir-se em uma contribuição no sentido de realização de um trabalho mais sensível, mais motivador e de qualidade, considerando a finalidade do trabalho em saúde e estabelecendo condições adequadas para a sua realização;
- a forma como o trabalho é organizado pode constituir-se ou não em fator de motivação para os/as trabalhadores/as, interferir no resultado do trabalho e possibilitar ou não uma assistência de melhor qualidade;

- o trabalho coletivo ou multiprofissional em saúde possui uma dimensão necessariamente complementar, de articulação dos saberes e fazeres e sua efetivação na prática, de modo consciente, pode contribuir para um trabalho assistencial de maior qualidade tanto para trabalhadores/as como usuários, favorecendo a experimentação de NFOT;
- a perspectiva interdisciplinar de organização do trabalho pode contribuir para a construção de NFOT no setor saúde. No entanto, cada experiência é única, acontece em um espaço institucional concreto, que é influenciado pelas condições materiais existentes, pelo modelo de gestão do trabalho, pelas políticas públicas de saúde, pelo contexto socioeconômico e cultural, bem como pelos/as profissionais que nela se inserem. Nesse espaço, essas práticas mostram as suas singularidades e, também, as identidades com outras experiências semelhantes.

Os resultados deste estudo são apresentados a partir de categorias, nas quais busquei apreender os aspectos mais significativos da investigação, que tem por objetivo captar as contribuições das práticas interdisciplinares para a construção de Novas Formas de Organização do Trabalho em Saúde.

O referencial teórico adotado e os estudos e indicações acerca daquilo que vem a caracterizar as NFOT na sociedade e a interdisciplinaridade foram tratados no capítulo II, e no capítulo III, tracei o caminho metodológico que orientou a investigação, a coleta e análise de dados.

No capítulo IV, consta à contextualização das equipes interdisciplinares no cenário das instituições estudadas. São discutidas a inserção das instituições no sistema de saúde, a estrutura institucional de serviços e as condições de trabalho na instituição. Tratei também da gestão do trabalho nas instituições, a hierarquia institucional, as condições de trabalho e as relações das equipes com o todo institucional, além de traçar o perfil dos/as profissionais e o perfil dos usuários que fizeram parte do estudo.

No capítulo V, foi abordado o processo de trabalho nas equipes interdisciplinares, a divisão e a organização do trabalho, a participação do/a trabalhador/a na gestão e organização do trabalho, a participação do/a usuário/a na definição da assistência que recebe. Foram discutidos, também, os instrumentos de

trabalho e as práticas potencializadoras da interdisciplinaridade.

O capítulo VI trata da expressão da interdisciplinaridade no contexto das equipes estudadas. Buscou-se apreender a concepção dos sujeitos acerca das práticas interdisciplinares e as relações necessárias ao projeto interdisciplinar, bem como identificar na vivência “real” dessas práticas, os aspectos positivos e negativos do trabalho nas equipes interdisciplinares e os indicativos para as NFOT.

No capítulo VII, destaca-se o resultado da organização interdisciplinar nas relações da equipe interdisciplinar, tanto no que diz respeito às relações entre trabalhadores/as, como no que diz respeito às relações trabalhador/a e usuário/familiares e a expressão da subjetividade desses sujeitos.

Nas considerações finais, foi sintetizado o conjunto dessas elaborações, apontando as contribuições e os limites da prática da atenção em saúde em equipes interdisciplinares, para a superação do modelo hegemônico de organização do trabalho e construção de novas formas de organização do trabalho em saúde.

1.2 OBJETIVOS

- Analisar a dinâmica do trabalho assistencial, desenvolvido por grupos multiprofissionais de atenção à saúde que, explicitamente, se propõem a desenvolver uma prática interdisciplinar, em duas instituições hospitalares públicas na região Sul do Brasil.
- Identificar, nessas práticas, aspectos de integração/ articulação dos saberes/fazer e aspectos potenciais para a construção de novas formas de organização do trabalho em saúde, considerando-se o cenário institucional que é histórico-social e culturalmente construído.
- Identificar e analisar as relações que se estabelecem entre os/as profissionais de saúde e entre estes/as e os usuários.
- Refletir, criticamente sobre as potencialidades e os limites da prática interdisciplinar para a construção de novas formas de organização do trabalho em saúde e para uma assistência à saúde de melhor qualidade.

CAPÍTULO II - REFERÊNCIAS TEÓRICAS

2.1 INTERDISCIPLINARIDADE E CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

Nos últimos anos, constata-se uma intensa produção acerca do tema interdisciplinaridade. Fazenda (1999) afirma que existia, ao final da década de 90, em todo o mundo, mais de 5000 volumes impressos sobre o tema. O desenvolvimento do conhecimento interdisciplinar, no entanto, ocorre em um movimento permanente em que muito se tem a descobrir, pois a articulação do saber é um desafio tão antigo quanto à própria espécie humana.

Analisando a evolução da ciência, observa-se que a física, desde o século XVII, tem servido de modelo para outras ciências. As idéias de Isaac Newton, René Descartes e Francis Bacon serviram de modelo para o desenvolvimento da ciência, pois colocavam que os fenômenos complexos poderiam ser compreendidos a partir da redução de seus componentes básicos, estudando os mecanismos de funcionamento das partes com o todo e suas interações, assim como uma máquina. A redução dos fenômenos complexos a seus componentes básicos, buscando os mecanismos por meio dos quais esses fenômenos interagem, foi fortemente enraizado em nossa cultura que, não raras vezes, tem se identificado com o método científico. Em função disso, “nossa cultura tornou-se progressivamente fragmentada e desenvolveu uma tecnologia, instituições e estilos de vida profundamente doentios”. A concepção disciplinar e cartesiana de ciência foi levada a todas as áreas do conhecimento, sendo essa a visão dominante até hoje, sobretudo no mundo ocidental (CAPRA, 1982, p. 226).

A sociedade, no entanto, não avança linearmente. O mesmo movimento que produziu a imensa fragmentação que se conhece hoje, produziu as resistências a esse modelo, ou seja, a necessidade de agrupar aquilo que a ciência separou. E foi a própria física, modelo de ciência positiva, racional e metódica, que a partir do século XX, ao perceber a complexidade dos fenômenos, demonstrou que nada é absoluto nas ciências. As descobertas, que resultaram na teoria da relatividade e na teoria quântica,

pulverizaram toda a visão cartesiana dos fenômenos. O universo, visto como uma máquina constituída de peças isoladas, passa a ser percebido como um todo dinâmico, indivisível, no qual as partes que o compõem estão inter-relacionadas, e não podem ser compreendidas isoladamente e fora do contexto (MORIN, 1999).

Por muito tempo esquecido pelo desenvolvimento da ciência positiva, a discussão interdisciplinar é retomada, mais intensamente, no século XX, a partir da década de 60. Seu renascimento é justificado por alguns autores, pelo esgotamento da visão disciplinar, pelo esfacelamento do saber promovido pelas disciplinas³ especializadas que levaram o conhecimento a hiperespecialização, fazendo com que se perdesse a capacidade de juntar aquilo que foi separado nas disciplinas. Conhece-se cada vez mais sobre menos coisas e, não se é capazes de juntar esse conhecimento em equações com sentido, capazes de interpretar a realidade atual, e menos ainda resolver os graves problemas que se apresentam no mundo atual. Daí a expansão da discussão interdisciplinar (MORIN, 2000).

Japiassú (1976); Nunes (1995); Capra (1982); Morin (1999, 2000, 2001, 2003); Fazenda (1999, 2002a, 2002b, 2003a, 2003b), Gallo (2002); Jantsch e Bianchetti (2002) são alguns autores que discutem a questão da ciência na realidade atual, na perspectiva de desenvolver um conhecimento e uma prática capaz de superar o atual conhecimento fragmentado.

Gallo (2002, p. 1) aborda o tema a partir da realidade do ensino contemporâneo, que não contribui para uma visão totalizante, sofre da excessiva compartimentalização do saber, e assim não consegue responder à necessidade de uma educação que leve a uma compreensão mais abrangente “do saber historicamente produzido pela humanidade”. Entende que a especialização do saber científico foi a tônica dominante

³ Categoria organizadora do conhecimento científico. Terminologia empregada para referir-se a um tipo de iniciação a uma doutrina, a um método de ensino. “Disciplinaridade significa 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 de ensino, da formação, dos métodos e das matérias; esta exploração consiste em fazer surgir novos conhecimentos que se substituem aos antigos” (JAPIASSÚ, 1976, p.72). Morin (2000) lembra que a organização disciplinar foi instituída no século XIX com a formação das universidades modernas, desenvolvendo-se ao longo do século XX com o impulso dado à pesquisa científica. As disciplinas estão inseridas em um contexto histórico-social, portanto, não nascem apenas de um conhecimento e de uma reflexão interna sobre si mesmas, mas também de um conhecimento externo a ela. Sua fertilidade tem sido demonstrada quando realiza a circunscrição de uma área do conhecimento, sem a qual este se tornaria intangível. Na história das ciências, a disciplina abrange, ao mesmo tempo, a história das rupturas entre as fronteiras disciplinares, a invasão de uma disciplina por outra, a circulação de conceitos.

nos últimos três séculos. A atualidade deixa explícita a necessidade de comunicação entre as especialidades, pois se, inicialmente, a especialização se fez necessária para a construção de identidade de certo saber, nos dias atuais essa identidade não consegue mais ser vista no específico, mas no diálogo que permeia e atravessa as diversas áreas.

Morin (2000, p. 13-15) aponta que “existem inadequações cada vez mais amplas e profundas entre os saberes separados, fragmentados, compartimentalizados, entre disciplinas”. Para o referido autor, “a hiperespecialização impede de ver o global (que ela fragmenta em parcelas), bem como do essencial (que ela dilui)”. A fragmentação das disciplinas, aos poucos, nos incapacita para compreender as questões complexas, pois se aprende, desde cedo, a separar os objetos, mas não se aprende a recompô-los. Com isso, acaba-se perdendo em parte, a capacidade de fazer associações, de reconhecer as correlações entre as coisas. Defende, assim, como outros autores, a integração dos saberes como necessidade colocada pelo movimento histórico nas últimas décadas.

Morin (2000) lembra da separação iniciada no século XIX e que se aprofunda no século XX, entre a cultura científica e a cultura humanista, a qual desencadeou uma série de conseqüências para as duas. A cultura humanista, entendida como genérica, é capaz de alimentar a inteligência geral e enfrentar as interrogações humanas, estimulando a reflexão sobre os saberes que possibilitam a integração dos conhecimentos. A respeito da cultura científica, diz que esta separa as áreas do conhecimento, realiza descobertas e teorias, porém demonstra ser incapaz de promover uma reflexão coerente sobre o destino humano e sobre o próprio futuro da ciência. Em seu entendimento, o conhecimento fragmentado tornou-se acessível apenas aos especialistas, que acabam por reforçar sua competência em uma área restrita, à custa de perder a competência de avaliar situações que surgem fora de sua área.

Se não é possível desconsiderar a importância do conhecimento específico de cada disciplina, também não é possível deixar de ver seus limites para a compreensão da totalidade. Sobre esse aspecto, Morin (2000, p. 25) defende que a compreensão do todo auxilia o melhor desenvolvimento das competências particulares ou especializadas. Introduce, nesse sentido, a necessidade de fomentar um pensamento complexo, entendendo a complexidade como capacidade de situar um acontecimento

em um contexto, ao mesmo tempo em que se percebe como esse contexto o modifica, explicando-o de uma outra maneira, procurando-se “sempre as relações e inter-relações entre cada fenômeno e seu contexto, as relações de reciprocidade todo/partes”.

Chaves (1998) entende que o mundo acadêmico é o mundo das disciplinas, é o espaço no qual se expandiu a pesquisa disciplinar. Porém, para o autor, a complexificação dos problemas levou à necessidade de aproximação dessas disciplinas, o que acontece em graus diferenciados - da multi a transdisciplinaridade.

Para Morin (2000), Galo (2002) e Antônio (2002), a interdisciplinaridade é um termo polissêmico e impreciso. Nesse sentido, muitas vezes, a interdisciplinaridade e os demais termos circundantes são assumidos, conceitualmente, de uma ou outra forma, na literatura especializada. Discutir a interdisciplinaridade suscita a necessidade de definição, ainda que provisória dos termos: pluridisciplinaridade, multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade.

Japiassú (1976) propõe uma descrição geral desses conceitos, considerando os graus sucessivos de cooperação e de coordenação das disciplinas.

Para o autor, *multidisciplinaridade* diz respeito a uma “gama de disciplinas que propomos simultaneamente, mas sem fazer aparecer as relações existentes entre elas”. Pertence a um sistema de um só nível e de objetivos únicos e nenhuma cooperação. A *pluridisciplinaridade* caracteriza-se pela “justaposição de diversas disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo a fazer aparecer às relações existentes entre elas”. Pertence, também, a um sistema de um só nível e de objetivos múltiplos em que há cooperação, porém, sem coordenação (JAPIASSÚ, 1976, p. 72).

Na *interdisciplinaridade* se tem: “axiomática⁴ comum a um grupo de disciplinas conexas e definidas no nível hierárquico imediatamente superior, o que introduz a noção de finalidade”. Pertence a “um sistema de dois níveis e de objetivos múltiplos; coordenação procedendo do nível superior”.

Para o autor, a

[...] interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre as

⁴ Premissa imediatamente evidente que se admite como universalmente verdadeira sem exigência de demonstração [...] dela se podem deduzir as proposições de uma teoria ou de um sistema lógico ou matemático (FERREIRA, 1999, p. 243).

disciplinas, no interior de um projeto de pesquisa. [...] pode ser caracterizado como o nível em que a colaboração entre as diversas disciplinas ou entre os setores heterogêneos de uma mesma ciência conduz a interações propriamente ditas, isto é, a uma certa reciprocidade nos intercâmbios, de tal forma que, no final do processo interativo, cada disciplina saia enriquecida (JAPIASSÚ, 1976, p. 72-76).

Outros autores referem-se à interdisciplinaridade como busca de superação entre as fronteiras disciplinares (MORIN, 2000; GALLO, 2002). Sua construção pode ocorrer considerando o que as disciplinas científicas têm em comum, em níveis de integração mais profundos, pela síntese de conhecimentos científicos ou pela construção de uma linguagem interdisciplinar formulada consensualmente pelos cientistas.

A *transdisciplinaridade* é definida como um sistema em que há “coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas do sistema de ensino inovado, sobre a base de uma axiomática geral. Sistema de níveis e objetivos múltiplos; coordenação com vistas a uma finalidade comum dos sistemas” (JAPIASSÚ, 1976, p. 74).

A transdisciplinaridade exprime a interdisciplinaridade em seu maior grau, na medida em que dela resultam uma ou várias novas disciplinas decorrentes da relação entre disciplinas já existentes. Nunes (1995) afirma que a transdisciplinaridade seria o último estágio de integração a ser atingido, quando se eliminariam as fronteiras entre as disciplinas.

Para Fazenda (2002a, p. 31), a transdisciplinaridade,

além de tratar-se de uma utopia, apresenta uma incoerência básica, pois a própria idéia de uma transcendência pressupõe uma instância científica que imponha sua autoridade às demais, e esse caráter impositivo da transdisciplinaridade negaria a possibilidade do diálogo, condição *sine qua non* para o exercício efetivo da interdisciplinaridade.

Porto e Almeida (2002) destacam que a crítica aos limites da disciplinaridade reúne diversos/as autores/as em torno de concepções e compreensões diferenciadas sobre o que vem a ser a interdisciplinaridade, bem como sua posição na construção do conhecimento. Discorrem sobre três vertentes principais: a humanística, a social-crítica e a complexidade, identificando-as com as idéias de alguns/as autores/as, os/as quais são agrupados pelas concepções semelhantes acerca da interdisciplinaridade.

Na leitura que realizei para este estudo e, considerando a discussão

interdisciplinar no Brasil, também foi possível identificar algumas diferenças e semelhanças entre concepções e autores/as, as quais se aproximam com as descritas por Porto e Almeida (2002).

Georges Gusdorf foi um dos precursores da teoria da interdisciplinaridade e influenciou as obras de Japiassú (1976) e Fazenda (1999, 2000, 2002a, 2002b, 2003a).

Segundo esse autor, “a dissociação crescente das disciplinas científicas [...] constitui a expressão de um desmembramento da realidade humana”, que se torna incapaz de formar uma imagem de conjunto do mundo atual. O desenvolvimento das disciplinas isoladas, sem um contato maior com a realidade humana, é comparável ao câncer, doença em que há uma proliferação de células vivas, sem que isso corresponda a um sinal de saúde. As disciplinas, prisioneiras de um discurso “tanto mais rigoroso quanto mais bem separado da realidade global” consistem em uma “alienação do humano” (GUSDORF, 1976, p. 14-15).

Neste sentido, afirma que o remédio para a desintegração do saber “consiste em trazer, à dinâmica de especialização, uma dinâmica compensadora de não-especialização”. Uma dinâmica que não prejudique o desenvolvimento da pesquisa científica, mas que leve o/a pesquisador/a da especialidade a querer ser, ao mesmo tempo, um/a pesquisador/a da totalidade (GUSDORF, 1976, p. 24).

Para o autor, o desenvolvimento interdisciplinar impõe que “cada especialista transcenda sua especialidade, tomando consciência de seus próprios limites para acolher as contribuições das outras disciplinas” (GUSDORF, 1976, p. 26).

A obra de Hilton Japiassú (1976), “Interdisciplinaridade e Patologia do Saber”, marca o início dos estudos acerca da interdisciplinaridade no Brasil. Nessa obra, o autor trata, inicialmente, de uma síntese acerca das principais questões que envolvem a interdisciplinaridade e, em um segundo momento, dos pressupostos fundamentais para uma metodologia interdisciplinar.

Japiassú (1976, p. 31) discute a interdisciplinaridade a partir da fragmentação do saber, da excessiva especialização do conhecimento, que compromete o desenvolvimento da ciência na realidade atual. Nesse sentido, afirma que “o interdisciplinar se apresenta como o remédio mais adequado a cancerização ou à patologia geral do saber” resultante da dissociação das disciplinas. Chama a atenção

para a necessidade de encontrar o comum entre as várias ciências e para o estado de carências resultantes da exagerada fragmentação. No seu entender a interdisciplinaridade coloca-se:

a) contra um saber fragmentado, em migalhas, pulverizado numa multiplicidade crescente de especialidades, em que cada uma se fecha como que para fugir ao verdadeiro conhecimento; b) contra o divórcio crescente, ou esquizofrenia intelectual, entre uma universidade cada vez mais compartimentada, dividida [...] e a sociedade em sua realidade dinâmica e concreta, onde a ‘verdadeira vida’ sempre é percebida como um todo complexo e indissociável. Ao mesmo tempo, porém, contra essa própria sociedade, na medida em que ela faz tudo o que pode para limitar e condicionar os indivíduos a funções estreitas e repetitivas, para aliená-los de si mesmos, impedindo-os de desenvolverem e fazerem desabrochar todas as suas potencialidades e aspirações; c) contra o conformismo das situações adquiridas e das ‘idéias recebidas’ ou impostas (JAPIASSÚ, 1976, p. 43).

Fazenda (2002a) destaca alguns condicionantes para a concretização de um projeto interdisciplinar. Dentre eles estão: a *interdisciplinaridade* como uma atitude possível diante do conhecimento, a qual se expressa pela busca de conhecer mais e melhor; a *reciprocidade* que impele a troca, ao diálogo com os pares idênticos, anônimos ou consigo mesmo; a *humildade* diante da delimitação do próprio saber; a *perplexidade* e o *desafio* ante a possibilidade de desvendar novos saberes; e o *envolvimento* e o *comprometimento* com os projetos e as pessoas neles implicadas.

Para Fazenda (2002a, p. 25), o projeto interdisciplinar surge, na maioria das vezes, de uma pessoa, a qual já possui em si a atitude interdisciplinar e, com isso, consegue atrair outros/as parceiros/as. Para a autora, “uma teoria da interdisciplinaridade constrói-se a partir da história acadêmica de cada pesquisador”. Defende a perspectiva de construção da interdisciplinaridade como compromisso dos sujeitos envolvidos, ou seja, entende que a interdisciplinaridade ocorre mais por conta do envolvimento dos sujeitos que por uma necessidade do conhecimento.

Com base nessa visão, defende a propriedade da interdisciplinaridade desenvolvida através dos projetos em parceria, em equipe e afirma que “a parceria é a premissa maior da interdisciplinaridade. O educador que se pretende interdisciplinar não é solitário, é parceiro; parceiro dos teóricos, parceiro dos pares, parceiro dos alunos, sempre parceiro” (FAZENDA, 2002a, p. 109).

Em uma outra corrente, que tem identidade com a perspectiva dialética, Jantsch e Bianchetti (2002), Follari (2002) e Wallner (2002) discutem a interdisciplinaridade.

Jantsch e Bianchetti (2002) abordam a interdisciplinaridade como uma necessidade e uma condição do conhecimento atual, resultado do desenvolvimento das forças produtivas, da fase atual da ciência. Afirmam que o conhecimento interdisciplinar cumpre o mesmo papel na atualidade que o pensamento disciplinar ocupou no passado. São as condições concretas de existência do ser humano que determinam o avanço da perspectiva interdisciplinar na atualidade.

O conhecimento é visto como algo histórico e socialmente construído, sua produção é analisada dialeticamente como instrumento de poder, ou seja, o conhecimento disciplinar e interdisciplinar está em constante tensão. “Tanto a interdisciplinaridade quanto a disciplinaridade se impõem historicamente, ambas sendo, filhas do tempo (uma construção histórica necessária)” (JANTSCH; BIANCHETTI, 2002, p. 21).

Nessa mesma perspectiva, Wallner (2002, p. 85-86) defende a idéia da interdisciplinaridade pela formação de redes e contradição em que a interdisciplinaridade ocorre por meio do aprendizado social e implica “a necessidade de teoria, a busca de uma construção teórica globalizante”. Interdisciplinaridade engloba o trabalho cooperativo de cientistas de diferentes áreas, busca a passagem entre as fronteiras do conhecimento, preservando, no entanto, a autonomia dos/as parceiros/as e dos respectivos campos disciplinares que participam da pesquisa.

Follari (2002) aborda a interdisciplinaridade a partir de questões práticas, destacando os contextos em que a mesma acontece. Nesse sentido, afirma que nos espaços em que a necessidade é resolver problemas práticos, pratica-se a interdisciplinaridade sem preconceitos, diferentemente do meio acadêmico, onde o objetivo é produzir conhecimento.

Segundo o autor, a retomada do debate interdisciplinar aconteceu “nos anos 70 como reação do capitalismo diante de seus próprios problemas de legitimação”, da insatisfação nos anos 60 dos/as estudantes universitários, que constituíam um grave problema por suas posições anticapitalistas, primeiro na Europa (França, Alemanha e Itália) e depois também na América Latina (1968 – México e 1969 – Argentina). As posições estudantis encontravam apoio em uma crítica interna ao funcionamento da instituição universitária e ao lugar do saber no capitalismo. Discutia-se a separação

teoria/prática e a falta de relevância social dos conteúdos curriculares (FOLLARI, 2002, p. 129).

Daí a suposição da interdisciplina como alternativa para a superação da excessiva especialização, pensando que ela podia fornecer meios para vincular o conhecimento à prática.

Para o autor, no entanto,

não funcionou a idéia de recuperar a noção da totalidade social por via da soma das disciplinas. [...] O interdisciplinar serviu naquele momento como campo de relegitimação do discurso cientifizante/democrático, então em decadência. Pode-se demonstrar que a ciência ainda trazia solução para os problemas que os estudantes achavam que tinham que enfrentar prioritariamente por via da ação política (FOLLARI, 2002, p. 130).

A interdisciplinaridade não implica instantânea unidade do pensamento e sua aplicação, portanto, não é possível acreditar que através dela se resolveriam os problemas da divisão social do trabalho. A metodologia do trabalho interdisciplinar pode melhorar a eficácia das pesquisas científicas, aproximando-as dos problemas concretos. Para esse autor, é necessário que a interdisciplinaridade se volte para suas reais possibilidades, ou seja, a metodologia de trabalho científico. Não é possível a interdisciplinaridade operar “milagres macrossociais”, mas ela “faz parte do possível e das mudanças realizáveis numa época em que o ‘micro’ mostrou sua pertinência e a impossibilidade de sua redução aos grandes discursos sobre o estrutural” (FOLLARI, 2002, p. 134).

Cita como exemplo, a América Latina, onde a interdisciplinaridade vinculou-se às políticas modernizadoras em saúde, educação e meio ambiente. Embora considere essas “políticas ambivalentes, não raro de re-legitimação capitalista”, reconhece a eficácia dessas práticas na democratização interna da atividade científica, melhorando a relação entre profissionais de saúde, de planejamento social e de meio ambiente (FOLLARI, 2002, p. 134).

Jantsch e Bianchetti (2002), Follari (2002) e outros autores ligados à perspectiva dialética, fundamentam suas reflexões sobre a interdisciplinaridade e fazem a crítica à corrente que denominam de *humanista* ou da *filosofia do sujeito*, representada, no Brasil, por Ivani Fazenda e Hilton Japiassú.

Sem negar as contribuições de Japiassú e Fazenda para a construção acumulada do conhecimento, questionam o caráter a-histórico dos estudos sobre o fenômeno interdisciplinar, realizados por essa corrente. Criticam as análises cujas concepções vêem a interdisciplinaridade como método capaz de tirar a ciência da caminhada em direção ao abismo, ou seja, resolver seu suposto mal maior: a especialização, e também, a concepção que vê o trabalho em equipe ou parceria, como se outras iniciativas estivessem condenadas *a priori* (JANTSCH; BIANCHETTI, 2002).

As críticas de Jantsch e Bianchetti (2002) à concepção humanística estão fundamentadas nos pressupostos que a mesma defende, ou seja, que “a fragmentação do conhecimento leva o homem à não ter domínio sobre o próprio conhecimento produzido”. Em decorrência, a fragmentação do conhecimento, ou a especialização “passa a ser assumida como uma ‘patologia’, ‘cancerização’ - doença que fatalmente compromete a produção do conhecimento”.

Para os autores, a concepção humanística defende que a

a soma dos sujeitos pensantes que, com base em sua vontade decidem superar o conhecimento fragmentado, é fórmula acertada. [...] Interdisciplinaridade só é fecunda no trabalho em equipe, onde se torna uma espécie de ‘sujeito coletivo’ com capacidade de viver a interdisciplinaridade em qualquer espaço de atuação, ou seja, pretende uma pan-interdisciplinaridade⁵ (JANTSCH; BIANCHETTI, 2002, p. 16).

E, que esse sujeito coletivo ou equipe é capaz de curar qualquer mal e grande enfermidade relativa ao conhecimento.

A produção do conhecimento estará garantida, uma vez satisfeita a exigência do trabalho em parceria, independente da forma histórica como se deu ou está se dando a produção da existência, [...] abdica-se da percepção de que, nos diferentes momentos históricos, a produção da existência e, por decorrência do conhecimento, processou-se de diferentes formas e meios, sempre com base nas condições objetivas de cada contexto (JANTSCH; BIANCHETTI, 2002, p. 17).

Outra perspectiva de discussão acerca do tema parte da noção de complexidade e da visão sistêmica, e contribui para o aprofundamento teórico-metodológico, em torno das possibilidades de integração disciplinar (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998; MORIN, 1999, 2000, 2002, 2003; NICOLESCU, 2001; SEVERINO, 2002).

⁵ Pan-interdisciplinaridade – “pretensão de atribuir um caráter interdisciplinar a toda e qualquer atividade humana.” Sua versão atual é o holismo, criticado por Morin (1999), por sua posição também reducionista, uma vez que privilegia o todo em detrimento das partes (JANTSCH; BIANCHETTI, 2002, p. 24).

Em se tratando de problemas complexos, os autores defendem que estes não admitem um olhar reducionista e simplificador, pois, com isso, acarretam graves problemas de análise, problemas éticos e resultam em soluções limitadas. Exigem tratamento local e global, consideram o uno e o múltiplo, o todo e a parte, o geral e o específico. Os estágios ou graus de integração interdisciplinar são conceituados, porém os limites são muito imprecisos. Interdisciplinaridade e transdisciplinaridade têm sentidos muito semelhantes em alguns momentos (MORIN, 2000; PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998; ANTÔNIO, 2002).

Para Nicolescu (1997, 2001), a interdisciplinaridade apresenta limites para efetuar as mudanças necessárias na ciência. Nesse sentido, defende a construção do conhecimento transdisciplinar.

Morin (2003) construiu toda uma abordagem a partir da compreensão acerca da complexidade, condição a qual não atribui nenhuma “nobre herança filosófica, científica ou epistemológica”. Complexidade é uma palavra que

transporta, no seu seio, confusão, incerteza, desordem. Complexo é o que não pode ser resumido em uma palavra mestra, não se reduz a uma lei ou simples idéia, nem tampouco a palavra complexidade, a uma lei ou a uma idéia de complexidade. A complexidade é uma palavra problema e não uma palavra solução (MORIN, 2003, p. 7).

A complexidade diz respeito à necessidade colocada ao conhecimento, de desenvolver um pensamento complexo, que se impõe “ao longo de um caminho onde apareceriam em primeiro lugar os limites, as insuficiências e as carências do pensamento simplificador, depois as condições nas quais não podemos evitar o desafio do complexo”. O tratamento de problemas complexos exige a busca de um modo de pensamento ou método capaz de tornar relevante o desafio da complexidade, ou seja, de exercer um pensamento capaz de tratar o real, de dialogar e de negociar com ele (MORIN, 2003, p. 8).

À primeira vista,

a complexidade é um tecido (*complexus*: o que é tecido em conjunto) de constituintes heterogêneos inseparavelmente associados: coloca o paradoxo do uno e do múltiplo. A complexidade é efetivamente o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem o nosso mundo fenomenal (MORIN, 2003, p. 20).

Vive o pensamento complexo em “uma tensão permanente entre a aspiração a

um saber não parcelar, não fechado, não redutor e o reconhecimento do inacabamento, da incompletude de todo o conhecimento” (MORIN, 2003, p. 9-10).

Dentre as dificuldades de elaboração do pensamento complexo destaca a necessidade de enfrentar a confusão, a solidariedade dos fenômenos, a incerteza e a contradição. Discute assim, a possibilidade de elaborar instrumentos conceituais para compreender a complexidade, dentre os quais: “em lugar do paradigma da disjunção/redução/unidimensionalização, teríamos um paradigma de distinção/conjunção, permitindo distinguir sem separar, associar sem identificar ou reduzir” (MORIN, 2003, p. 22).

Nesse sentido, afirma o autor, que “a ciência do homem não tem fundamentos que enraíze o fenômeno humano no universo natural, nem método apto para apreender a extrema complexidade que o distingue de qualquer outro fenômeno natural conhecido”. Trabalhar com a complexidade implica em desenvolver, ao mesmo tempo, uma teoria, uma lógica, uma epistemologia da complexidade que possa convir ao conhecimento do homem (MORIN, 2003, p. 25).

Situando a complexidade na construção do conhecimento, discute a relação existente entre as disciplinas: a interdisciplinaridade, a multidisciplinaridade e a transdisciplinaridade.

A interdisciplinaridade pode significar, pura e simplesmente, que diferentes disciplinas são colocadas em volta de uma mesa, como diferentes nações se posicionam na ONU, sem fazerem nada além de afirmar, cada qual, seus próprios direitos nacionais e suas próprias soberanias em relação às invasões do vizinho. Mas interdisciplinaridade pode significar também troca e cooperação, o que faz com que a interdisciplinaridade possa vir a ser alguma coisa orgânica. A multidisciplinaridade constitui uma associação de disciplinas, por conta de um projeto ou de um objeto que lhes sejam comuns; as disciplinas ora são convocadas como técnicos especializados para resolver tal ou qual problema; ora, ao contrário, estão em completa interação para conceber esse objeto e esse projeto, como no exemplo da hominização. A transdisciplinaridade trata-se freqüentemente de esquemas cognitivos que podem atravessar as disciplinas, às vezes com tal virulência, que as deixam em transe. São os complexos de inter-multi-trans-disciplinaridade que realizaram e desempenharam um fecundo papel na história das ciências; é preciso conservar as noções-chave que estão implicadas nisso, ou seja, cooperação; melhor, objeto comum; e, ainda, projeto comum (MORIN, 2000, p. 115).

Desenvolvendo uma estrutura de pensamento a partir do modelo da complexidade, Morin (2000) defende a construção de um conhecimento pertinente, capaz de responder aos desafios colocados pela evolução da ciência e da vida nos

tempos atuais. Um pensamento capaz de pensar e realizar as mudanças necessárias, conhecimento planetário, situado, global, totalizante. Uma visão bem mais próxima da transdisciplinaridade que dos demais modelos de articulação do saber (multi, pluri, interdisciplinaridade).

Para Morin (1999, p. 97-98), complexidade significa “a idéia de progresso, a qual comporta incerteza, comporta negação e sua degradação potencial e, ao mesmo tempo, a luta contra essa degradação”. Nesse sentido, sustenta que o ser humano é multidimensional, e que ao se perder a noção de complexidade, se está produzindo um conhecimento mutilado, que resulta em ação também mutilada.

Para ele, “o desenvolvimento atual da ciência e, sobretudo, da biologia, desenvolvimento a um só tempo cognitivos e manipuladores, nos obrigam a redefinir a noção de pessoa humana” (MORIN, 1999, p. 130-131).

Os diferentes autores, em relação às percepções acerca do fenômeno interdisciplinar, reconhecem as dificuldades geradas a partir do conhecimento fragmentado e, afirmam a necessidade um pensamento articulado, capaz de trabalhar os problemas mais globais da humanidade, ou seja, um conhecimento produzido em nosso tempo para resolver problemas de nosso tempo. Um pensamento engajado com as lutas, com os problemas e dificuldades próprias de nossa era.

Esse pensamento não pode ser um conhecimento que desconsidere as experiências passadas, nem mesmo aquelas produzidas pela pesquisa disciplinar; pois é necessário saber contextualizar os problemas, refletir, criticar, criar soluções, elaborar sínteses, enfim, colocar-se como um conhecimento pertinente, situado histórica e socialmente (MORIN, 2000; JANTSCH; BIANCHETTI, 2002).

Com base nessas reflexões, interdisciplinaridade no contexto deste estudo possui uma dimensão de construção humana, histórica e sujeita à mudança e às transformações. Comporta as relações de troca e cooperação entre as diferentes disciplinas, a articulação e interação dos saberes/fazer.

Entendo as iniciativas interdisciplinares em saúde como práticas que envolvem o trabalho coletivo desenvolvido por diversos profissionais que, considerando as características do trabalho em saúde, contemplam um movimento dialético de diferenciação/integração, em que as ações e estudos têm, ora, um caráter de

intervenção especializada, ora intervenção interdisciplinar. O movimento aprofunda no campo disciplinar as especificidades próprias de cada campo do conhecimento, porém, quando trazidas para o coletivo, geram interações, articulações e redefinições do problema estudado, construindo, a partir daí, novas possibilidades de trabalho, soluções e alternativas, ultrapassando as fronteiras meramente disciplinares.

O processo de interação/articulação interdisciplinar acontece de modo diferenciado, dependendo da experiência acumulada pelos diferentes grupos específicos, das possibilidades colocadas pela evolução da ciência em cada momento histórico, bem como das necessidades sociais.

Nesse sentido, o trabalho em parceria em diferentes momentos de sua trajetória, pode envolver práticas que se identificam com o que tem sido classificado como multi, pluri, inter e transdisciplinaridade. Estas práticas estão colocadas por uma necessidade própria da evolução do conhecimento e da complexidade que vão assumindo os problemas de saúde na realidade atual. São espaços, nos quais o conhecimento em saúde pode ser confrontado, debatido, refeito em um movimento complexo, considerando as contribuições e limitações de cada grupo profissional para resolver os problemas de sua área. A vivência de uma prática mais avançada, no sentido da superação da fragmentação disciplinar, depende de profissionais críticos, engajados na construção de uma nova perspectiva de atenção à saúde.

No que diz respeito à organização do trabalho em saúde, embora não determinem, por si só, transformações radicais, as práticas interdisciplinares contribuem para a construção de novas formas de gestão e organização do trabalho coletivo, favorecendo a construção de melhores relações de trabalho e diminuindo a distância entre grupos profissionais e entre profissionais e usuários do serviço de saúde.

2.2 INTERDISCIPLINARIDADE: OS ESTUDOS SOBRE A TEMÁTICA

Pensar o trabalho em saúde e as articulações existentes neste processo constitui-se uma tarefa, ao mesmo tempo, difícil e instigante, dada a complexidade do tema, os entrelaçamentos possíveis e suas várias faces. A fim de visualizar os estudos

disponíveis sobre a organização do trabalho com vistas a novas formas de organização do trabalho em saúde e que envolvam a interdisciplinaridade, desenvolvi uma pesquisa bibliográfica, referente ao período 1995 a 2004, incluindo teses, dissertações e artigos sobre o tema, constantes nas seguintes bases de dados: Biblioteca da UFSC, IBICT, BIREME e PROSSIGA. Foram utilizados na pesquisa os descritores: interdisciplinaridade em saúde, equipes de assistência ao paciente e novas formas de organização do trabalho em saúde.

Dessa revisão, evidencia-se que, a partir dos anos 80, a concepção interdisciplinar ganha atenção especial dos/as profissionais de saúde, principalmente, no campo da Saúde Coletiva. É significativa a quantidade de estudos que trata da questão interdisciplinar nas diversas áreas: medicina, enfermagem, psicologia, fonoaudiologia, odontologia, serviço social, farmácia e nutrição.

Diante da produção existente, busquei apreender as concepções mais frequentes sobre o tema, as possibilidades e limitações colocadas nas práticas, o modo como estas vêm ocorrendo na realidade, as avaliações já existentes sobre sua viabilidade e procedência e os campos no interior da saúde em que as práticas interdisciplinares encontram-se mais desenvolvidas.

Grande parte dos estudos sobre a interdisciplinaridade situa-se no campo do debate teórico, abordando os níveis de integração multi-inter-transdisciplinar⁶ e a necessidade de superação da fragmentação em saúde. Tratam da questão, relacionando-a, principalmente, ao ensino e à pesquisa. Poucos são os relatos de experiências desenvolvidas no campo da prática assistencial em saúde, especialmente nas instituições hospitalares. Esse dado faz pensar tanto nas dificuldades que a interdisciplinaridade tem enfrentado para efetuar-se na prática, quanto no fato de os/as profissionais dos serviços não estarem habituados/as a relatar suas experiências, contribuindo para a articulação teoria-prática, o que mostra a relevância desta pesquisa.

Outro importante aspecto observado é a concentração de artigos científicos nas áreas de gerontologia – terceira idade, saúde coletiva, saúde mental e doenças

⁶ A articulação do saber contempla, na atualidade, diversas denominações, que vão da multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade, dependendo do grau de articulação existente entre as disciplinas. As diferentes concepções acerca dessas denominações são discutidas neste capítulo, quando tratei da Interdisciplinaridade e Construção do Conhecimento.

sexualmente transmissíveis (HIV-AIDS). Essa produção denota a dimensão complexa dos problemas existentes nessas áreas e os limites do conhecimento disciplinar para sua resolução, o que estimulou o avanço da intervenção articulada de diferentes profissionais para o tratamento e entendimento dos mesmos.

Peduzzi (1998), em sua tese de doutoramento, trabalha a equipe multiprofissional de saúde, buscando apreender a interface entre trabalho e interação. Aborda a intensa especialização do trabalho em saúde, colocando em pauta a necessidade de pensar a articulação/integração entre os diversos profissionais. Discute as modificações que ocorrem no trabalho em saúde, tanto no que diz respeito à gestão do trabalho, a incorporação de aparatos tecnológicos, que exigem pessoal especializado para operá-los, como também as políticas de saúde nas esferas nacional e local e a reforma sanitária no Brasil.

Para a autora, as propostas e diretrizes do SUS, colocam aos profissionais, a responsabilidade de pensar o trabalho em equipe multiprofissional com vistas à interdisciplinaridade, contribuindo, dessa forma, para a concretização da integralidade⁷ e de uma melhor assistência (PEDUZZI, 1998).

Na percepção da autora, a diversificação da equipe de saúde, os/as profissionais de diversas áreas que vêm sendo incorporados às equipes de saúde, torna sua composição cada vez mais complexa. Aumenta a divisão do trabalho entre as áreas

⁷ Segundo Mattos (2001, p. 39-63), o termo **integralidade** tem sido utilizado para designar “uma das diretrizes básicas do SUS, instituído pela Constituição de 1998”. Representa também uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas, as quais são desejáveis. Entende por imagem objetivo, aquilo que se pretende conquistar, portanto, diferenciando-se do que existe na realidade. A reflexão sobre a integralidade, segundo o autor, deve partir de pelo menos três grandes conjuntos de sentidos, os quais, possivelmente, não são os únicos, nem os reais sentidos da integralidade, embora façam parte dos sentidos que se pretende dar a ela. Primeiramente, integralidade se refere a atributos da prática dos profissionais de saúde. Diz respeito a uma atitude desejável dos profissionais, que se caracterizaria pela não redução do paciente ao aparelho ou sistema biológico que produziu a doença ou queixa, e representa valores ligados ao que se denomina de uma boa prática. Outro conjunto de sentidos da integralidade relaciona-se com a organização dos serviços e das práticas de saúde. Fundamenta-se na crítica à “divisão entre as instituições responsáveis pela saúde pública e pela assistência médica”, herdadas do modelo, que, na década de 70, consolidou a divisão entre as instituições responsáveis pela saúde pública (Ministério da Saúde) e assistência médica (Ministério da Previdência e Assistência Social). Um terceiro conjunto de sentidos da integralidade é “relativo às configurações de certas políticas específicas ou políticas especiais”, e diz respeito às políticas governamentais desenhadas “para dar resposta a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional”. Trata-se, portanto, da forma como são conduzidas políticas públicas específicas. Um bom exemplo de integralidade é o caso da AIDS, uma vez que a resposta governamental abrange tanto a perspectiva preventiva como a assistencial. Schraiber (1999, p. 1) considera a integralidade como o maior desafio nas práticas de saúde. Nesse sentido, destaca o desafio cultural, pois implica em “romper com formas já cristalizadas de se entenderem e realizarem ações técnicas, que conformam padrões de intervenção médica ou em saúde já tornados tradição na saúde”.

especializadas, comprometendo a visão global do objeto de trabalho. Nesse sentido, a perspectiva interdisciplinar tem potencial para compreender melhor a multidimensionalidade deste objeto e proporcionar melhores resultados no trabalho. No entanto, na prática assistencial, na maioria das vezes, não acontece a interação profissional e a articulação das ações (PEDUZZI, 1998).

No campo da fonoaudiologia, Marcondes (1999) corrobora o potencial interdisciplinar ao discutir a aproximação entre fonoaudiologia e odontologia e a contribuição dessa aproximação na intervenção junto aos clientes portadores de alterações miofuncionais na face.

Em seu entender, dentista e fonoaudiólogo/a passaram a perceber, recentemente, as vantagens de uma atuação articulada, porém salienta que ainda existem limites nessa articulação. As dificuldades estão relacionadas à falta de interesse dos/as profissionais de odontologia em estabelecer planos de atuação conjunta e comum às duas áreas, o que poderia resultar em condutas mais coerentes e em um trabalho mais efetivo, proporcionando benefícios aos clientes e crescimento aos profissionais envolvidos.

Acredita que os/as profissionais odontólogos/as e fonoaudiólogos/as, hoje, estão mais conscientes da importância do “trabalho conjunto entre essas áreas no tratamento integral não só da face, mas também das inter-relações desta com a cabeça e o resto do corpo”, o que pode resultar em melhorias em termos da saúde em geral (MARCONDES, 1999, p. 13).

Para a autora, a integração entre as duas profissões ainda é frágil e insuficiente para fundamentar a articulação interdisciplinar, pois não há retorno de um/a profissional para outro/a, no que diz respeito aos tratamentos e cuidados que estão sendo realizados (MARCONDES, 1999).

No campo das experiências concretas da interdisciplinaridade em saúde, o movimento da Terceira Idade traz uma importante contribuição para uma análise da perspectiva presente nesta área do conhecimento, na realidade atual.

Veras e Caldas (2004, p. 423) são autoras que discutem a interdisciplinaridade a partir do movimento das Universidades da Terceira Idade, cujo movimento tem um intenso crescimento na realidade brasileira nas duas últimas décadas, “difundindo conceitos e experiências práticas que representam uma forma de promover a saúde da

pessoa que envelhece, a partir de uma ação interdisciplinar comprometida com a inserção do idoso como cidadão ativo na sociedade”. Os resultados desses trabalhos têm sido sistematizados e debatidos, com vistas a novas perspectivas de inserção e ampliação da participação social e da melhoria das condições de saúde e qualidade de vida das pessoas nessa faixa etária.

Veras e Caldas (2004) discutem esses programas, contextualizando a questão no panorama dos movimentos mundiais e no Brasil, e centrando a discussão na experiência desenvolvida pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), desde 1993.

O movimento da “terceira idade” surge no bojo das discussões que mobilizam a sociedade, em escala mundial, ou seja, aborda as transformações ocorridas ao longo do século XX, incluindo o significativo aumento da expectativa de vida da população, como um dos fatos mais significativos no campo da saúde pública mundial. O crescimento da população idosa constitui-se em um fenômeno que exige ações de âmbito global e local da sociedade, a curto e médio prazo, uma vez que esta tendência deve aumentar nos próximos anos. O fenômeno do envelhecimento humano tem determinações múltiplas, dentre as quais a melhoria da qualidade de vida e o avanço das ciências e da tecnologia (VERAS; CALDAS, 2004).

A experiência desenvolvida pela UERJ considera uma visão complexa deste segmento social e do fenômeno de envelhecimento no país, buscando a superação dos modelos vigentes de atenção à saúde. Tem por objetivo construir, em conjunto com esse grupo etário, conhecimentos acerca do envelhecer humano. Constitui-se, também, em espaço de formação de recursos humanos habilitados e capazes para atuar com esse segmento etário, cuja experiência se fundamenta no campo da saúde coletiva, embora tenha com a gerontologia uma afinidade de saberes e práticas. Estruturou-se através de um centro de saúde do idoso, fora dos moldes normais, ambulatoriais, desenvolvendo amplas atividades. O Hospital Pedro Ernesto integra essa experiência, prestando atendimento ao idoso, contribuindo para a formulação e avaliação de novas modalidades de atenção, participando decisivamente do esforço de elaboração de propostas inovadoras e tecnologias alternativas (VERAS; CALDAS, 2004).

Camacho (2002) aborda a interdisciplinaridade a partir das possibilidades da

enfermagem gerontológica, entendida como um campo aberto e cheio de lacunas a serem preenchidas. Discute, ainda, as possibilidades colocadas à enfermagem nesse campo, defendendo que a profissão inserida na equipe interdisciplinar pode e deve oferecer ao idoso um atendimento individualizado, considerando suas necessidades que são múltiplas.

Para a autora, “a gerontologia em sua constituição incorpora subsídios científicos de outros ramos do saber e ao responder a algumas necessidades, desenvolve um trabalho interdisciplinar em sua gênese, no fundamento da própria produção do saber e da própria ação interventiva”. Sendo a terceira idade formada por um grupo bastante heterogêneo, a intervenção da gerontologia deve considerar a inserção social do idoso, as particularidades e especificidades de cada realidade, não podendo pensar em modos únicos de tratar a questão. Destaca, ainda, a autora, o potencial da gerontologia de recombina, reconstruir e elaborar a síntese das disciplinas que a integram, incorporando conhecimentos elaborados também na práxis (CAMACHO, 2002, p. 230).

Santos (2004) realizou estudo teórico e reflexivo, buscando estabelecer uma convergência entre desenvolvimento sustentável e cuidado ao idoso no campo específico da gerontogeriatría. Verificou que existe uma convergência possível entre os conceitos estudados, a qual pode ser vislumbrada através da aplicação dos temas relacionados à complexidade, considerando que nada está isolado, tudo está em relação e que, através da interdisciplinaridade, é possível dar conta da complexidade da realidade.

As preocupações de Santos (2004) dizem respeito ao ensino de graduação em enfermagem no Brasil, especificamente ao que se refere a gerontogeriatría e a aderência do ensino à realidade. Preocupa-se com o aumento da população idosa no país, percebendo, nesse aumento, um campo importante para atuação da enfermagem e busca avaliar se a profissão vem se preparando para atender a essa demanda, bem como com quais abordagens.

Foi nessa perspectiva que, em estudo anterior, buscou-se identificar as características do ensino da enfermagem gerontogeriatría nas publicações da enfermagem brasileira, e, refletiu-se sobre esse ensino nos cursos de graduação, à luz

da complexidade de Edgar Morin (SANTOS, 2003).

A referida autora, analisando 16 artigos que tratam da enfermagem gerontogeriatrica, em revistas de enfermagem brasileiras de circulação nacional, identificou que, nos trabalhos descritos como interdisciplinares, a ação relatada está mais direcionada à atividade multidisciplinar. No que diz respeito ao ensino em enfermagem, encontrou apenas nove referências, citando o enfoque multi/interdisciplinar como conteúdo a ser abordado na graduação. Considerando que o cuidado ao idoso indica a atuação interdisciplinar, salienta a importância de enfermeiros/as ampliarem seus conhecimentos sobre interdisciplinaridade e transdisciplinaridade (SANTOS, 2003).

Koerich (2002) também se preocupa com a aplicação quase que inexistente dos pressupostos interdisciplinares na prática profissional dos/as enfermeiros/as. Nesse sentido, realizou durante o curso de mestrado, uma investigação fundamentada nos princípios da interdisciplinaridade, na qual pretendia compreender como os/as enfermeiros/as utilizam os conhecimentos adquiridos na disciplina de patologia geral, em sua prática profissional.

Demonstrou, através da reconstrução com um grupo de enfermeiras, em um processo educativo, que os conhecimentos de patologia geral, relacionados ao contexto epidemiológico de mortalidade e morbidade regional, podem interferir para fundamentar a prática assistencial de enfermagem. Também pode oportunizar aos participantes do estudo um primeiro contato com os princípios interdisciplinares, favorecendo aos mesmos perceber as potencialidades da atuação multiprofissional (KOERICH, 2002).

Outro campo do debate interdisciplinar em saúde situa-se na esfera da saúde coletiva.

Nunes (1995, p. 97-98) trata da necessidade de verificar no campo da Saúde Coletiva, a viabilidade de um projeto interdisciplinar. Entende que a interdisciplinaridade deve ser avaliada em “situações concretas como a questão pedagógica e o planejamento da sociedade que necessitam articular diferentes saberes, ciências e práticas formando um quadro geral de demandas a exigirem uma reflexão e atuações práticas interdisciplinares”.

Para o autor, na atenção à saúde, a busca de ações integradas na prestação dos serviços, a associação de docência e serviços, a questão da interface entre o biológico e o social, passam pelo campo das relações interdisciplinares. É necessário sair do campo da pesquisa apenas disciplinar, compartimentalizada, pois “regra geral” os problemas de saúde não são disciplinares. Nesse sentido, deve-se levar em conta, “além do plano do conhecimento ou da teorização, o domínio da intervenção efetiva no campo da realidade social”. O problema

assume maior complexidade analítica na medida em que a disciplinaridade e a interdisciplinaridade necessitam ser vistas em seus condicionamentos histórico-sociais, no contexto de uma sociedade em que a especialização e a proliferação e fragmentação do conhecimento passam a fazer parte de uma sociedade competitiva e corporativista (NUNES, 1995, p. 98).

Reforçando a idéia da saúde pública como campo essencialmente complexo e interdisciplinar, Gomes e Deslandes (1994, p. 110) analisam o conceito de interdisciplinaridade considerando uma experiência vivenciada pelo Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde. A violência, para os autores, tem caráter de sério problema de saúde pública e pode ser considerada como um “processo social complexo no qual intervêm fatores estruturais, ideológicos e culturais e, portanto, não pode prescindir de uma abordagem de cooperação entre as disciplinas”.

Porto e Almeida (2002, p. 335), em artigo de caráter teórico e exploratório, discutem os termos multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. Aprofundam as concepções conceituais, discutem a importância de estratégias de integração interdisciplinar, “apontando alguns desafios e perspectivas para a implementação de trabalhos com estas características”.

Discutem a interdisciplinaridade a partir de considerações sobre sua importância e validade no que diz respeito a estudos, pesquisa e ações desenvolvidas junto à saúde do trabalhador, campo que reúne profissionais de várias áreas: ciências biológicas, humanas, sociais, dentre outras. A saúde do trabalhador constitui-se em um campo complexo, com conhecimentos advindos de muitas disciplinas e exige uma ação interdisciplinar para a elaboração de propostas (PORTO; ALMEIDA, 2002).

Costa e Creutzberg (1999) analisam uma experiência interdisciplinar, de caráter assistencial, ligada a uma instituição universitária do Rio Grande do Sul, da qual

participam enfermagem, nutrição, psicologia e educação física, buscando apreender a percepção dos profissionais acerca das vantagens e desvantagens da atuação interdisciplinar.

Segundo as autoras, a percepção dos integrantes do estudo coincide muitas vezes com as concepções de Hilton Japiassú e Edgar Morin, ou seja, suas falas destacam o projeto interdisciplinar como espaço de construção, interação entre as disciplinas, existência e manutenção de conhecimento específico, união de esforços para atingir uma meta maior. Em relação ao perfil dos/as profissionais que integram um projeto dessa natureza, destacam que é necessário que estes se caracterizem pela abertura para o diálogo, saber estabelecer parcerias, interação, humildade para perceber suas limitações, reconhecimento do saber dos outros (COSTA; CREUTZBERG, 1999).

Sobre as vantagens do projeto interdisciplinar, do qual participam, relatam que este proporciona: conhecimento mais global e integral da clientela; permite compreender a complexidade dos sujeitos; propicia um trabalho mais motivador e estimula a busca constante do conhecimento. As desvantagens apontadas são: rigidez das estruturas institucionais; medo dos/as profissionais em perder a competência específica para os demais e as dificuldades resultantes de sua formação, majoritariamente, disciplinar. Concluem que os obstáculos a serem superados são de ordem institucional, epistemológicos, psicossociais, culturais e materiais, tendo em vista uma atuação de melhor qualidade (COSTA; CREUTZBERG, 1999).

Dessunti e Soares (1999) fazem uma avaliação de uma equipe de saúde do município de Londrina, Paraná, que atende pessoas com HIV/AIDS, a partir do ponto de vista dos usuários. No estudo, entrevistaram 60 usuários, no período de julho de 1994 a abril de 1995, os quais haviam passado por internação hospitalar no município. Observaram, no resultado da pesquisa, que a maioria dos usuários estava satisfeita com o atendimento geral prestado pelo/a médico/a e pela enfermagem. Um considerável número de usuários não conhece o/a psicólogo/a e o/a assistente social, e apenas um usuário citou o/a dentista. Entre outros dados, as autoras constatarem que os usuários sentem falta de apoio psicológico e têm medo do preconceito e da discriminação por parte dos/as profissionais de saúde.

Destacam, também, no referido estudo, que os usuários desconhecem os

profissionais e suas ações, principalmente dentista e psicólogo/a, o que pode ser compreendido pela inexistência ou insuficiência desses/as profissionais nos locais de atendimento. A ênfase quanto à satisfação com o serviço é dada à consulta médica, embora surjam relatos de dificuldades que tem a ver com o preconceito, o repasse de informações através de linguagem científica, prejudicando a compreensão das mesmas. Os usuários percebem-se mais próximos dos/as profissionais da enfermagem, especialmente dos/as auxiliares de enfermagem, porém, contraditoriamente, suas maiores dificuldades dizem respeito às relações e tratamento recebido por estes/as (DESSUNTI; SOARES, 1999).

Concluem as autoras que, o/a portador/a de HIV/AIDS necessita atendimento multiprofissional, de forma que suas necessidades psicossociais sejam atendidas. Necessitam, também, de participação nas decisões que envolvem sua vida e tratamento. Avaliam as dificuldades percebidas pelos usuários no que diz respeito às relações estabelecidas com os/as profissionais de saúde e, concluem que as relações tendem a ser conflituosas e descontextualizadas de sua realidade. Interfere também na assistência, a ausência de determinados profissionais nos serviços de saúde, de forma a propiciar um trabalho multiprofissional, com perspectiva interdisciplinar, que atenda às necessidades dos usuários (DESSUNTI; SOARES, 1999).

Vilela e Mendes (2003) realizaram estudo bibliográfico, buscando uma aproximação com a interdisciplinaridade. Defendem que a complexidade do mundo atual exige uma reflexão acerca da formação dos/as profissionais de saúde, no sentido de formar pessoas preocupadas e com capacidade de intervir na realidade. Buscam na literatura o significado da interdisciplinaridade, seu histórico e relação com a saúde coletiva e com a educação dos profissionais de saúde.

Concluem que a interdisciplinaridade não se ensina ou se aprende, vive-se, e que os campos interdisciplinares são instituídos pela práxis. A produção de conhecimentos acontece na realidade, em que se operam agentes concretos, históricos, com ligação com o contexto social mais amplo. Nesse sentido, afirmam que não são os campos disciplinares que interagem entre si, mas sim os sujeitos, os agentes de cada campo, e, também, consideram a saúde um campo interdisciplinar por excelência (VILELA; MENDES, 2003).

Retomam Nunes (1995) e afirmam que a saúde coletiva, quando tomada do sentido de integralidade, não permite a fragmentação em saúde física, mental e social, pois necessita de uma compreensão holística, tomando uma dimensão mais complexa quando ultrapassa a saúde individual e passa para a esfera coletiva (VILELA; MENDES, 2003, p. 527).

Outro campo no qual o debate interdisciplinar tem se intensificado é na área da saúde mental.

Vasconcelos (2002) aborda a questão da interdisciplinaridade no contexto do Serviço Social no Brasil. Na discussão, toma como referência a prática no campo da saúde mental, mais especificamente a proposta de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica. Faz uma sistematização dos princípios que orientam o paradigma da desinstitucionalização da assistência psiquiátrica, mostra as barreiras, as contradições e as dificuldades da prática interdisciplinar utilizando-se de uma análise sociológica das profissões, uma análise institucional e uma abordagem estrutural das políticas sociais. Discute as implicações dessa realidade para o serviço social e faz sugestões para a implementação de projetos interdisciplinares nas áreas de atuação da profissão.

Dentre as recomendações, salienta a urgência de “discutir as legislações profissionais em geral e do sistema de saúde, bem como os estatutos dos serviços específicos de saúde mental” na perspectiva de melhor distribuir “as responsabilidades legais pela assistência entre os diversos profissionais”. Defende a criação de “bases jurídicas ‘preventivas’ que sustentem os processos de democratização das equipes interdisciplinares” (VASCONCELOS, 2002, p. 59).

Destaca como fundamental a seleção de profissionais politicamente identificados/as com “o projeto assistencial inovador”, competentes e flexíveis para trabalhar com os novos modelos propostos. Ressalta a necessidade de alimentar uma vontade política, o mais consensual possível entre os/as trabalhadores/as da equipe em torno de um “projeto teórico, político e assistencial”, contemplando as novas perspectivas e experiências concretas. Enfatiza a importância de uma estrutura democrática, a existência de mecanismos de discussão e decisão horizontais, a incorporação de ensino e pesquisa nas instituições assistenciais e a criação de mecanismos de escuta de usuários e familiares, dentre outros (VASCONCELOS, 2002, p. 60-64).

Kirschbaum e Paula (2001, p. 77) tratam, em um estudo qualitativo, de verificar o campo de atuação do/a enfermeiro/a em serviços de saúde mental, analisando suas relações de trabalho com outros membros da equipe multiprofissional. Buscam “verificar os nexos estabelecidos entre a prática destes/as profissionais e a concepção do serviço, acerca do trabalho em equipe”. Concluem que o/a enfermeiro/a assume distintas posições na equipe, conforme a organização do processo de trabalho, e que o reconhecimento do contexto de trabalho é fundamental para que o/a profissional possa desenvolver suas atividades criticamente.

Afirmam as autoras que a reforma psiquiátrica trouxe a necessidade de reorganização dos serviços, de criação de novas modalidades de atendimento terapêutico, dentre as quais as de unidades de internação em hospitais gerais e hospitais dia. Reforçam também a necessidade de reformular o modo de organização do trabalho nesses serviços, constituindo-se equipes interdisciplinares de trabalho. O novo modelo poderia favorecer uma prática estruturada a partir da atuação terapêutica para os agentes da enfermagem, abandonando, enfim, a prática tradicional da profissão nesses serviços, marcada pelo modelo controlador e repressor que caracteriza o trabalho da enfermagem em psiquiatria, desde os seus primórdios (KIRSCHBAUM; PAULA, 2001).

Analisando a atuação dos/as enfermeiros/as em um hospital dia e em uma unidade de internação de um hospital geral, destacam as diferenças no processo de trabalho desses/as profissionais. No hospital dia, os/as enfermeiros/as desempenham atividades de assistência direta e indireta, através de ações individuais e coletivas. Na unidade de internação, desempenham ações mais ligadas ao cuidado de enfermagem no âmbito individual, atendendo às necessidades do modelo clínico de assistência à saúde que marca a enfermagem hospitalar (KIRSCHBAUM; PAULA, 2001).

Referindo-se às relações de trabalho dos/as enfermeiros/as com os/as demais membros da equipe multiprofissional, relatam que, no hospital dia, essas relações são mais horizontais. O que norteia o trabalho desses/as e dos/as demais profissionais é a chamada Reabilitação Psicossocial, que se caracteriza por enfatizar o processo de reprodução de saúde e de reinserção social da pessoa com sofrimento psíquico. Nesse sentido, destacam que as relações de trabalho ocorrem conforme a divisão do saber/poder na instituição. A formação de equipe multidisciplinar ocorre em

consequência do entendimento que se tem sobre o processo de adoecer. Assim, quando se considera que a doença não tem uma causa única, e que o saber médico não consegue intervir sozinho de forma satisfatória, percebe-se a importância de organizar uma equipe profissional diversificada, não subordinada ao saber médico. Salientam as diferenças existentes entre as equipes das duas instituições estudadas. No hospital geral, a equipe tem característica multidisciplinar e no hospital dia, a equipe se caracteriza pela interdisciplinaridade (KIRSCHBAUM; PAULA, 2001).

No que se refere à enfermagem, afirmam que, no hospital dia, os/as profissionais adquiriram um saber novo, construído a partir da prática interdisciplinar. Para o/a enfermeiro/a, essa nova forma de trabalho resultou positivamente em um trabalho mais autônomo para esse/a profissional, porém, negativamente, levou ao isolamento em relação aos demais agentes da equipe de enfermagem (KIRSCHBAUM; PAULA, 2001).

Mello (1998) também discute a interdisciplinaridade a partir da atuação dos/as enfermeiros/as nos Centros de Atenção Diária em Saúde Mental, buscando apreender a percepção desses/as profissionais acerca da interdisciplinaridade. Toma por base a Reforma Psiquiátrica no Brasil e suas diretrizes de atendimento à pessoa com doença mental grave, que estão baseadas nos princípios do SUS: equidade, integralidade, universalidade e regionalização das ações. A Reabilitação Psicossocial proposta pela reforma sanitária coloca a interdisciplinaridade como essencial para a melhoria do atendimento às pessoas com sofrimento psíquico.

Considerando esses aspectos, a autora investiga como ocorre a atuação dos/as enfermeiros/as nos centros de reabilitação psicossocial, as facilidades e as dificuldades encontradas, para a realização de um trabalho interdisciplinar. Conclui que a formação acadêmica dos/as enfermeiros/as é insuficiente para garantir uma atuação verdadeiramente interdisciplinar, uma vez que o ensino da psiquiatria na enfermagem, desde os seus primórdios, esteve voltada para as ações de vigilância e preparo dos/as doentes para a intervenção médica. A formação acadêmica não garante os conhecimentos necessários à enfermagem como disciplina e, conseqüentemente, limitam sua inserção em um projeto interdisciplinar na área de saúde mental. Sugere a formação especializada e os cursos de mestrado para complementar essa formação, bem como outros cursos nas áreas de ciências humanas, de modo a garantir uma

efetiva participação dos/as enfermeiros/as nesses projetos (MELLO, 1998).

Também, Oliveira e Silva (2000) contribuem para a reflexão acerca do conceito de Reabilitação Psicossocial e interdisciplinaridade no campo da saúde mental, à luz do pensamento complexo de Edgar Morin e do paradigma ético-estético de Félix Guatarri (1996).

Para as autoras, a saúde mental e o programa de reabilitação social no Brasil vivem mais de incertezas que certezas, pois tomar conta de quem sofre de problemas psíquicos não é tarefa fácil, especialmente em um panorama político-econômico que favorece a exclusão. A reabilitação psicossocial, compreendida no contexto da reforma psiquiátrica, implica para os serviços, uma organização baseada na solidariedade, “num processo que aumenta a capacidade do usuário estabelecer trocas sociais e afetivas nos diversos cenários: em casa, no tecido social e no trabalho”. A reabilitação psicossocial, diferente do trabalho desenvolvido nas instituições tradicionais de atendimento à doença mental, trata dos sujeitos e não de sua doença, exigindo uma visão complexa e interdisciplinar dos/as profissionais envolvidos/as. Nesses projetos, as trocas entre as disciplinas, a relativização de competências específicas, a cooperação e a solidariedade podem encontrar respostas ainda não vislumbradas, experimentar o ainda não existente, em prol da melhoria da qualidade de vida da pessoa em sofrimento psíquico (OLIVEIRA; SILVA, 2000, p. 586).

Ribeiro et al. (2004) discutem a interdisciplinaridade no contexto hospitalar a partir da inserção da psicologia nessa instituição, na década de 50. Destacam a necessidade da intervenção do/a psicólogo/a no contexto hospitalar, seu papel perante a equipe de saúde, o usuário e as possibilidades de ações interdisciplinares, especialmente com a pedagogia e medicina. Entendem que a entrada de profissionais de psicologia no meio hospitalar constitui-se em mais um espaço para o questionamento da hegemonia médica, contribuindo também para uma visão interdisciplinar do atendimento à saúde.

Artmann (2001, p. 192-193) aborda a interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano. Sua reflexão é construída utilizando exemplos práticos na área de planejamento estratégico situacional e AIDS, duas áreas que em seu entender exigem uma abordagem interdisciplinar. Apresenta conceitos básicos do paradigma

habermasiano utilizando-os para discutir a possibilidade de um projeto interdisciplinar sobre essas bases. Conclui que a discussão sobre a AIDS encontra-se, ainda, em um nível de articulação do saber próximo a multidisciplinaridade, com exceção de alguns projetos muito incipientes. Defende, por isso, a necessidade de novas relações nesse campo, pois as possibilidades ainda não estão dadas, dependem dos atores sociais envolvidos.

Meirelles (2003, p. 9) realizou, em seu doutoramento, um estudo qualitativo para a “construção de um referencial filosófico-conceitual, com enfoque educativo e interdisciplinar, norteadado pelo olhar da complexidade, para a consciência responsável na adoção de atitudes que assegurem a promoção da saúde através da prevenção da infecção pelo HIV”.

Compreende que a epidemia de Aids constitui-se em um problema complexo, exigindo o envolvimento de toda a sociedade e das diversas disciplinas, inclusive daquelas que não fazem parte do setor saúde, para a prevenção da doença e, também, para a melhoria da qualidade de vida da população portadora de HIV-AIDS. Refletiu, dialógica e criticamente, com profissionais de saúde, membros de instituições públicas e privadas, sociedade civil organizada, pessoas portadoras do HIV/Aids e seus familiares sobre práticas saudáveis de viver, identificando aspectos importantes no desenvolvimento de ações de promoção da saúde relacionadas à prevenção da transmissão do HIV/Aids (MEIRELLES, 2003).

Teixeira et al. (1999, p. 136) discutem o tratamento multiprofissional da pessoa com dor. Abordam a diversidade de situações em que é necessário o tratamento e o controle da dor, os procedimentos farmacológicos, psicossociais, dentre outros. Concluem que são muitos os problemas relacionados “as fantasias dos doentes e dos profissionais que prescrevem e administram procedimentos analgésicos”, resultando daí a necessidade de organização de unidades e serviços multiprofissionais de atendimento à pessoa com dor. Reforçam, também, a necessidade de programas de formação nesta área.

Célia e Balestrin (2003), no livro “interdisciplinaridade: abordagens práticas” organizam uma série de experiências na área de fonoaudiologia. Destacam a necessidade de uma abordagem interdisciplinar, a integração no processo terapêutico, o envolvimento da família e a interação fonoaudiologia - educação, música,

odontopediatria, psicologia, medicina e outros.

Refletindo sobre a interdisciplinaridade como condição para a evolução do conhecimento, Antônio (2002) refere-se às neurociências, como exemplo da necessidade de superação das ciências fragmentadas, que entrecruzam diferentes campos das ciências naturais, das exatas e das humanas. Conjugam campos interdisciplinares como a bioquímica, a neurolingüística, psicolingüística e outros.

Isoladas,

as disciplinas não poderiam desenvolver o conhecimento do cérebro e sua plasticidade, nem as complexas manifestações da mente, que confluem fatores bioquímicos, neurológicos, psicológicos, psicossomáticos, emocionais, cognitivos, ambientais, culturais. A unidade complexa e as vastas e profundas correspondências entre o cérebro, a mente, o corpo, a linguagem, o pensamento, a cultura, o ambiente – esse é um dos horizontes mais fecundos da revolução científica contemporânea, e um dos campos mais propícios à reflexão transdisciplinar (ANTÔNIO, 2002, p. 29).

Iribarry (2003) faz algumas aproximações conceituais e práticas sobre o tema da transdisciplinaridade, partindo da análise dos conceitos de disciplina, multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade. Examina os princípios práticos do trabalho em equipe em uma situação de transdisciplinaridade. Sobre isso, diz que a transdisciplinaridade está situada no trabalho em equipe. Uma equipe com o compromisso de geração de dispositivos renovados para o trabalho realizado, em que cada indivíduo esteja familiarizado com a diversidade de disciplinas, freqüentando, continuamente, as disciplinas de seus colegas, em que os discursos sejam legíveis para todos e não mais velados. A comunicação entre as pessoas ocorre de forma horizontal, compartilhando-se saberes.

Para o autor, a transdisciplinaridade exige um novo método, que cumpre as proposições enumeradas através dos cinco princípios da transdisciplinaridade: trabalho em equipe, geração de novos dispositivos, familiarização dos/as profissionais com cada área diferente da sua, legibilidade e compartilhamento dos discursos e tomada de decisão horizontal (IRIBARRY, 2003).

Ao discutir os princípios da transdisciplinaridade, faz referências às dificuldades de seu exercício. Dentre esses problemas, destaca a prática da coordenação horizontal. Segundo o autor, é comum, em projetos transdisciplinares, quando um membro mais velho do grupo assume a coordenação, não tomar a liderança, evitando reproduzir o modelo de coordenação vertical. As dificuldades aparecem também entre os/as

integrantes/as mais novos/as do grupo, que esperam orientação de quem já vivencia a situação. No entanto, a transdisciplinaridade deve ser vista como um modelo aplicável, e como um desafio, uma meta a ser alcançada, nunca algo pronto e a coordenação horizontal como parte deste processo (IRIBARRY, 2003).

Ainda em relação à chefia das equipes dessa natureza, destaca o autor, que as mesmas não são dispensáveis ou sempre nocivas, porém, quem exerce esse cargo pode assumir uma liderança vaidosa e gerar conflitos. Nesse sentido, é necessário que essas chefias busquem constantes questionamentos acerca de suas posições e estimulem o debate na equipe. “O trabalho em equipe, numa perspectiva transdisciplinar, requer humildade e disponibilidade por parte de cada profissional, pois é, em suma, um movimento de reconhecimento de posições diferentes em relação a um mesmo objeto” (IRIBARRY, 2003, p. 488).

Afirma que é necessário que cada profissional descubra interesses e curiosidades pela área do/a outro/a profissional. Cada profissional deve expor suas ferramentas de trabalho, suas teorias, seu entendimento do caso e exigir de seu colega a mesma exposição. Tais exposições devem se dar de forma não esotérica, hermética, uma vez que o objetivo é compartilhar discursos, e para tal, os mesmos precisam estar acessíveis, legíveis. A tomada de decisão deve ser realizada respeitando os saberes, não prevalecendo um saber sobre o outro. Também não se trata daquilo que cada área acredita ser adequado para o caso, mas daquilo que o próprio caso irá demonstrar como necessário e urgente para cada área de conhecimento envolvida (IRIBARRY, 2003, p. 489).

Os estudos de natureza interdisciplinar no campo da saúde reúnem contribuições importantes para a construção do conhecimento. No entanto, ainda são insuficientes os estudos abordando a interdisciplinaridade a partir do processo de trabalho das equipes multiprofissionais.

2.3 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

2.3.1. Processo de trabalho em saúde e organização do trabalho

Neste estudo, as idéias acerca do trabalho humano orientam-se pelas concepções

marxistas, ou seja, entendo que “o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”. Atuando sobre a natureza, o ser humano opera uma transformação sobre esta, ao mesmo tempo em que é transformado (MARX, 1989, p. 202).

Ainda, de Marx (1989) toma-se a concepção de processo de trabalho e de seus componentes: finalidade, objeto, instrumentos e força de trabalho com vistas a um resultado. Utilizam-se as construções já existentes acerca do trabalho em saúde e enfermagem (PIRES, 1998, 1999; CAPELLA, 1998; CAMPOS, 1994, 1997, 2000a, 2000b; CECÍLIO, 1997a, 1997b, 1999) para fundamentar a discussão acerca da organização do trabalho em saúde.

Segundo Marx (1989, p. 205), no processo de trabalho, a atividade humana opera uma transformação, subordinada a uma finalidade por meio do instrumental de trabalho. O processo extingue-se na conclusão do produto, o qual “é um valor-de-uso, um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma”.

O trabalho em saúde é essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços.

É um trabalho da esfera da produção não-material, que se completa no ato da sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade (PIRES, 2000, p. 85).

O processo de trabalho em saúde tem por finalidade a ação terapêutica de saúde. Nas instituições de saúde, o processo de trabalho tem como finalidade atender ao ser humano, que, em algum momento de sua vida, necessita da atenção profissional em saúde, sejam estas ações de cunho preventivo, curativo ou de reabilitação (PIRES, 1998; CAPELLA, 1998).

Segundo Capella (1998, p. 106-107), o que define o trabalho em saúde é a necessidade colocada pelo sujeito que busca esses serviços. No entanto, a necessidade não se coloca unilateralmente, podendo ser determinada por uma ou mais necessidades, “as quais podem vir a corresponder a um ou mais de um sujeito, ou, mesmo, a mais de um grupo de sujeitos”. No caso do trabalho em saúde, estão envolvidas as necessidades

dos/as trabalhadores/as, dos/as usuários/as do serviço (as quais devem ter precedência sobre as demais) e as da instituição.

Quanto ao objeto de trabalho, os/as profissionais de saúde compartilham um mesmo objeto, o ser humano, que, segundo Capella (1998, p. 96), é um

ser natural que surge em uma natureza dada, submetendo-se às leis naturais e dependendo da natureza para sobreviver. É parte dessa natureza, mas não se confunde com ela, pois usa a natureza transformando-a conscientemente, segundo suas necessidades. Neste processo se faz humano e passa a construir a sua história, se fazendo histórico.

Seu processo de vida envolve diversas dimensões complementares (biológica, psicológica, social, cultural, ética e política). Em seu percurso de vida, por vezes, o ser humano necessita da intervenção dos/as profissionais e serviços de saúde. Nesse momento, ao relacionar-se com os/as profissionais de saúde, o ser humano “expõe suas fragilidades e se expõe aos profissionais, que para facilitar este processo precisam aliar à competência técnica a perspectiva humanística” (CAPELLA, 1998, p. 96).

Tratando do processo de trabalho, Marx (1989, p. 204) diz que

o que distingue as diferentes épocas econômicas não é o que se faz, mas como, com que meios de trabalho se faz. Os meios de trabalho servem para medir o desenvolvimento da força humana de trabalho e, além disso, indicam as condições sociais em que se realiza o trabalho.

Para realizar o trabalho, as ações cuidativas, os/as profissionais de saúde usam múltiplos instrumentos de trabalho, os quais, segundo Marx (1989, p. 204), “indicam as condições sociais em que se realiza o trabalho”. Para Pires (1999, p. 32), os instrumentos de trabalho em saúde incluem “também as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde”.

Para Pires (1999, p. 30), “o ato institucional em saúde envolve um trabalho do tipo profissional, realizado por trabalhadores que dominam os conhecimentos e técnicas especiais para assistir o ser humano ou grupos com problemas de saúde ou risco de adoecer”. O espaço institucional nunca foi o único *locus* de prestação de cuidados de saúde, nem os profissionais de saúde os únicos a realizarem cuidados de saúde. Historicamente, a assistência à saúde vem sendo prestada “de diversas maneiras, mas sempre foi considerada uma atividade especial, realizada por pessoas com dotes e conhecimentos especiais”.

O ato assistencial

quando realizado no espaço institucional, envolve: o diagnóstico ou identificação dos problemas; a decisão sobre o tratamento; a realização dos cuidados ou procedimentos; a avaliação dos resultados e a decisão da alta hospitalar ou de conclusão da assistência (PIRES, 1999, p. 30)

Considerando os aspectos apontados por Pires (1999) para a realização do ato assistencial nas instituições de saúde, é possível afirmar que a demanda por cuidados de saúde envolve múltiplos saberes e fazeres que dizem respeito aos conhecimentos e às práticas de diversos/as profissionais: médicos/as de diversas especialidades, enfermeiros/as, técnicos/as e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, farmacêuticos/as, bioquímicos/as, assistentes sociais, psicólogos/as e outros, dependendo da complexidade dos serviços prestados.

No desenvolvimento do trabalho coletivo, os/as profissionais de saúde atuam sobre o mesmo objeto e dividem parcelas do trabalho assistencial.

A delimitação dessa parcela, bem como a organização da mesma, foi se dando no percurso histórico, com o desenvolvimento da ciência e em decorrência da convivência dessas profissões. O resultado é que a organização do trabalho em saúde tem características do trabalho artesanal e do trabalho parcelado. As diversas profissões convivem e dividem o trabalho assistencial em saúde sob a influência da lógica do trabalho profissional e da divisão parcelar do trabalho (PIRES, 1998, p. 172-173).

Pires (1998; 1999) lembra que nas diversas sociedades, em cada momento histórico, existe um modo de produção determinante que indica a forma predominante de produção de bens e serviços. Esse modo de produzir predominante é uma criação humana e depende do grau de desenvolvimento das forças produtivas e da capacidade de organização dos/as trabalhadores/as para realizar conquistas que os beneficie. O trabalho humano acontece em função de uma transformação planejada de algo, com o objetivo de atender às necessidades humanas.

Para a autora, “os diversos profissionais de saúde desenvolvem parte do trabalho que tem como resultado, como produto, a assistência de saúde. Trata-se de atividades diferenciadas, que estudadas em suas especificidades, permitem identificar produtos distintos” (PIRES, 1999, p 32).

O trabalho em saúde pode ser desenvolvido de forma independente, numa relação direta profissional de saúde–cliente, porém diante da complexidade dos problemas,

dos conhecimentos acumulados no campo da saúde e dos instrumentais envolvidos na assistência a tendência é que este seja desenvolvido em instituições, envolvendo, majoritariamente, um trabalho coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e outros profissionais ou trabalhadores treinados para realizar atividades necessárias ao funcionamento da estrutura institucional (PIRES, 1999, p 31).

Embora o trabalho dos/as profissionais em saúde envolva saberes e fazeres específicos de cada profissão, com grau de complexidade diferenciada, estes dizem respeito “a um conjunto que resulta na assistência de seres humanos que são totalidades complexas”, e “o entendimento desta totalidade só é possível com um inter-relacionamento entre essas áreas e profissões” (PIRES, 1999, p. 29).

Para Campos (2000b, p. 220),

a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se daria mediante a conformação de NÚCLEOS e de CAMPOS. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

A constituição de núcleos próprios não significa o rompimento com o campo de saber e práticas, mas sugere a possibilidade que a institucionalização deste pode ocorrer de modo mais flexível e aberto, um exercendo influência sobre o outro, não sendo possível estabelecer limites precisos entre eles. A administração organizada dos fazeres, em determinada realidade, não inviabiliza que esta seja organizada democraticamente, e que permaneça aberta, exercendo influência mútua.

Nessa perspectiva, a prática interdisciplinar coloca-se como potencializadora da integração que permitiria uma compreensão mais global do objeto de trabalho em saúde, pela interação entre os/as profissionais e a articulação entre os diversos saberes e fazeres presentes no trabalho em saúde.

No entanto, na prática assistencial, se utiliza pouco a integração interdisciplinar para pensar e fazer o trabalho em saúde. Na realidade dos serviços, os/as trabalhadores/as têm desenvolvido a atividade assistencial isoladamente, perdendo, com isso, a possibilidade de compreender melhor seu objeto de trabalho e de realizar um trabalho mais motivador e criativo para os diversos grupos profissionais. A intensa especialização do trabalho em saúde tem contribuído para a fragmentação do objeto de trabalho e da própria atividade assistencial, independente de se tratar da atividade de

uma mesma categoria profissional ou do conjunto de atividades das diversas categorias profissionais envolvidas no trabalho em saúde.

Segundo Pires (1999, p. 33-35), o trabalho é “compartimentalizado”, não há coordenação das atividades assistenciais de modo a garantir um trabalho integrado entre as diversas profissões e o resultado é que, muitas vezes, os diferentes profissionais, ao atuarem isoladamente, duplicam esforços, podendo inclusive tomar decisões contraditórias. Não há planejamento conjunto das atividades assistenciais e não se pratica a participação dos/as trabalhadores/as, o que facilitaria a construção de um projeto assistencial comum aos diversos profissionais.

Para a autora, o médico vem se mantendo como “elemento central do processo assistencial institucional em saúde e, os demais profissionais que participam da assistência subordinam-se às decisões médicas, mas cada categoria profissional mantém certa autonomia de avaliação e tomada de decisões” (PIRES, 1999, p. 35).

As determinações que levaram à centralidade do trabalho médico têm razões na história da organização das profissões de saúde e da estruturação do conhecimento em saúde; pelas relações presentes na sociedade, permeadas pelas relações de gênero; pelo modo como, historicamente, foram organizados os serviços de saúde, dentre outras razões que são discutidas por Pires (1989, 1998), Peduzzi (1998), Carapinheiro (1998).

Para Pires (1999, p. 36), “no espaço institucional convivem características do trabalho assalariado e da divisão parcelar do trabalho, com o trabalho profissional do tipo artesanal”. A maior ou menor aproximação com o trabalho fragmentado, característico da divisão parcelar ou técnica do trabalho ocorre, dependendo da profissão envolvida, pela forma como o trabalho é organizado e dividido, bem como pelo papel legal atribuído aos diversos agentes, como é visível internamente à enfermagem.

Na atualidade, o aumento significativo de profissões no campo da saúde, a crescente especialização do conhecimento e as iniciativas das entidades representativas de cada profissão na busca de assegurar espaços privativos no mercado de trabalho através de legislações restritivas, e outras questões, têm contribuído para a fragmentação. No entanto, dependendo dos modelos gerenciais adotados pelas instituições de saúde, e das iniciativas dos/as profissionais que nelas atuam, é possível

a realização de um trabalho mais integrador que se aproxime do trabalho do tipo profissional (PIRES, 1999).

A iniciativa interdisciplinar é uma dessas possibilidades, e pode, efetivamente, contribuir para a realização de mudanças no processo de trabalho em saúde, de modo a privilegiar trabalhadores e sujeitos cuidados.

Abordando a divisão e organização do trabalho em saúde, na atualidade, autores/as como Ferraz (1990) e Campos (2000a) têm salientado que, para uma assistência de qualidade, é importante a reconstrução de ações integradas, em uma perspectiva interdisciplinar, a democratização do pensar e do fazer, com planejamento e execução construídos coletivamente, incluindo a participação do usuário.

Capra (1982, p. 141), ao abordar a interdisciplinaridade em saúde, analisa que o movimento de intensa fragmentação e especialização e, a tendência de transferência da prática médica para o ambiente hospitalar contribui para uma prática médica “progressivamente despersonalizada, quando não desumanizada. Os hospitais converteram-se em amplas instituições profissionais, enfatizando mais a tecnologia e a competência científica do que o contato com o paciente”.

Os/as profissionais de saúde realizam suas atividades, na maioria dos casos, de forma isolada, sem uma visão global das necessidades do usuário. As ações isoladas e a divisão do trabalho geram ações ineficazes, dificultam a compreensão do todo do trabalho, acentuam-se as disputas e conflitos entre os/as trabalhadores/as e a crescente insatisfação com o resultado do trabalho.

2.3.2 As novas formas de organização do trabalho e a contribuição para pensar o trabalho em saúde

Para Braverman (1987), o modo capitalista de produção assume formas distintas de organização como estratégia de sobrevivência do próprio capital. A fragmentação do trabalho representou uma dessas estratégias, um novo modo de operar o trabalho que resultou em aumento da produtividade.

Ao abordar a organização do trabalho, Guimarães (1995) e Heloani (1996) destacam que a administração científica de Taylor é reconhecida como a primeira

grande estruturação de um modelo capitalista de organização do trabalho, o qual é vigente, ainda nos dias atuais, não obstante aos novos modelos organizacionais surgidos nas últimas décadas.

O trabalho de Taylor fundamentava-se em aplicar métodos da ciência positiva, racional e metódica aos problemas administrativos, a fim de alcançar a máxima produtividade. Taylor desenvolveu experiências com o objetivo de aumentar a produtividade e propôs métodos e sistemas de racionalização do trabalho, baseados na interferência e disciplina do conhecimento operário, sob o comando da gerência; na seleção rigorosa dos mais aptos para realizar as tarefas; na fragmentação e hierarquização do trabalho (BRAVERMAN, 1987; MOTTA, 1995; HELOANI, 1996).

O movimento da administração científica focalizou seus estudos, inicialmente, no trabalho desenvolvido pelos diversos operários isoladamente. Até Taylor, o operário definia suas tarefas a partir de seu conhecimento anterior. Essa forma de trabalhar gerava disparidade na produção tornando difícil a supervisão e o controle. Na fábrica, a introdução do taylorismo tirou do/a trabalhador/a o direito de adotar sua dinâmica de trabalho, impondo um método planejado, de acordo com os princípios de: substituição do critério individual por métodos baseados no conhecimento científico (planejamento); seleção “científica” de trabalhadores/as, com disposição de materiais e ferramentas, de modo a atingir a máxima produtividade (seleção); controle para certificar-se de que o trabalho estava sendo efetuado de acordo com normas e planos previstos (controle); e atribuições e responsabilidades distribuídas distintamente para garantir uma execução disciplinada (cooperação) (TAYLOR, 1979; CHIAVENATO, 1987; BRAVERMAN, 1987).

O primeiro princípio da administração científica trata da substituição do critério individual de cada trabalhador/a pelo desenvolvimento de uma ciência do trabalho, com a especificação da realização da tarefa, visando encontrar maneiras mais rápidas e eficientes de execução da tarefa, a partir da distribuição de ínfimas parcelas do processo de produção a cada trabalhador/a. O planejamento, portanto, refere-se ao princípio de dissociação do processo de trabalho em especialidades (TAYLOR, 1979; BRAVERMAN, 1987).

De acordo com o segundo princípio, Taylor (1979) relacionava a seleção à

utilização de critérios para a escolha do/a trabalhador/a com aptidões físicas para o trabalho; esse/a trabalhador/a, posteriormente, seria treinado/a e instruído/a para a realização do mesmo trabalho fragmentado.

O controle, segundo Taylor (1979), efetiva-se através da vigilância constante da direção com vistas ao desenvolvimento do trabalho, conforme as perspectivas dos estudos científicos desenvolvidos sobre ele. Envolve o domínio sobre a forma como o trabalho é realizado, bem como sobre o ritmo de trabalho, controlado por supervisores/as que determinam e dividem as tarefas entre os/as trabalhadores/as, ajudando-os/as pessoalmente na realização da mesma. À participação do supervisor/gerente/diretor no processo produtivo, Taylor evocou também o princípio de cooperação.

Para Taylor (1979, p. 41), o trabalho deveria ser definido “*a priori*” por conta do planejamento das diversas operações que levariam ao produto final, ou resultado esperado pelo trabalho. Segundo ele, os sistemas anteriores de administração impunham que a cada trabalhador/a fosse entregue “a responsabilidade de executar seu trabalho”, como melhor entendesse, “quase sem auxílio e orientação da gerência”. Nesses casos, acontece o isolamento do/a trabalhador/a, tornando impossível a realização do projeto de trabalho, de acordo “com normas ou leis da ciência ou da arte” a que se relaciona. Isso porque,

em quase todas as artes mecânicas, a ciência que estuda a ação dos trabalhadores é tão vasta e complicada, que o operário, ainda que competente, é incapaz de compreender esta ciência” sem o auxílio de colaboradores e chefes, quer por falta de instrução, quer por capacidade mental insuficiente (TAYLOR, 1979, p. 41).

Taylor (1979, p. 41) preocupava-se com a colaboração e a divisão das responsabilidades entre direção e trabalhadores/as, de modo que a direção assumisse mais e maiores responsabilidades para si, portanto, a direção tinha de saber e executar grande parte das atividades que eram realizadas pelos/as trabalhadores/as. “Quase todos os atos do trabalhador devem ser precedidos de atividades preparatórias da direção”, de modo a capacitar o/a trabalhador/a para realizar mais rápido e melhor o seu trabalho.

A divisão proposta por Taylor, entre concepção e execução do trabalho, visa, em outras palavras, à produtividade, pois a fixação do/a trabalhador/a em determinada

etapa do processo produtivo, a repetição de atividades/tarefas leva a um aumento da produção, que favorece trabalhador/a e direção. E, planejamento, seleção, controle e cooperação funcionam complementarmente na organização científica do trabalho (TAYLOR, 1979).

O discurso da cooperação funda-se na perspectiva de prosperidade para ambos os/as envolvidos/as, trabalhadores/as e proprietários/as, no qual se propõe a motivação do/a trabalhador/a através da remuneração financeira, ignorando os conflitos inerentes à relação capital/trabalho. Pelo princípio da separação entre concepção e execução, Taylor ignora os sentidos do trabalho e a possibilidade de realização humana através do trabalho (HELOANI, 1996).

Embora tenha estudado a organização científica do trabalho a partir da produção material na qual aplicou os estudos de Gilbreth sobre tempos e movimentos, defendia Taylor que “não existe trabalho que não possa ser, com vantagem, submetido ao estudo do tempo, após a dissociação de seus elementos, salvo as operações mentais”, inclusive os trabalhos de escritórios, “ainda que pareçam, à primeira vista, muito variados” (TAYLOR, 1979, p. 63).

A diferenciação entre trabalho intelectual (o qual não pode ser submetido à dissociação, portanto deve ser realizado por trabalhadores/as mais capacitados/as), normalmente a gerência, e o manual, que é passível de fragmentação e realizado por trabalhadores/as mais “limitados/as” intelectualmente, aparece nas descrições de Taylor (1979).

Graça (2002) afirma que a taylorização das empresas, primeiramente as de produção material e depois as de serviço e a racionalização da organização do trabalho, segundo a administração científica, levou à centralização burocrática e à legitimação da estrutura hierárquica como norma das relações na empresa. Segundo o referido autor, na prática, Taylor excluiu do campo da organização e gestão do trabalho o “grupo”, por considerar o trabalho individual definitivamente “superior ao trabalho em equipe” (GRAÇA 2002, p. 172).

Para Graça (2002, p. 172), talvez a única exceção feita por Taylor quanto ao trabalho em equipe refira-se à equipe do bloco cirúrgico, “uma equipa cumulativa e integrada em que há uma distribuição de funções comandada por uma estrutura

hierárquica, neste caso o cirurgião”. Segundo o autor, Taylor fascinava-se pela equipe cirúrgica tomando-a inclusive como modelo de trabalho em equipe ou “tipo-ideal”.

Cada um executa a parte da operação para a qual está mais habilitado. A operação pode durar duas horas sem que uma única palavra seja pronunciada. Cada um dos seus membros da equipa está de tal maneira treinado que pode cumprir a sua tarefa de acordo com ordens dadas por um simples sinal de cabeça (TAYLOR apud GRAÇA, 2002, p. 172).

Mesmo na análise da equipe cirúrgica, realizada por Taylor, estão explicitados os princípios da organização científica do trabalho, a hierarquização de funções e a divisão do trabalho. Provavelmente, o que o seduzia nesse tipo de equipe era a percepção de um grupo de trabalhadores/as, cada qual em seu lugar, com atividades definidas, atuando lado a lado sem necessidade de palavras inúteis (GRAÇA, 2002).

Convicto de suas formulações sobre a gerência científica, sobre a divisão do trabalho, ao controle imposto aos/as trabalhadores/as, utilizava-se do exemplo do trabalho da equipe cirúrgica e, em especial, da atividade do cirurgião para responder as críticas ao seu sistema e aos efeitos da realização de atividades repetitivas sobre os/as trabalhadores/as.

Afirmava Taylor (1979, p. 115) que, a divisão do trabalho desenvolvida pela administração científica não faz do cirurgião um ser humano de “espírito mais limitado que os primeiros colonos deste país”, os quais tinha de ser “cirurgiões, construtores, carpinteiros, agricultores, soldados... [...] Não se pode dizer que a vida de um cirurgião moderno seja mais limitada ou que ele seja mais autômato do que o colonizador”. Os complicados e difíceis problemas a serem resolvidos pelo cirurgião, exigem tanta visão como quanto a que era exigida dos antigos colonizadores.

Note-se que o treinamento do cirurgião tem sido quase idêntico ao tipo de instrução e exercício que é ministrado ao operário sob a administração científica. O cirurgião durante seus primeiros anos de estudo é submetido à orientação imediata de homens mais experimentados que lhe mostram minuciosamente como executar cada elemento de sua tarefa. Entregam-lhe os melhores instrumentos, cada um dos quais tem sido objeto de estudo e aperfeiçoamento especial, propiciando-lhe logo o uso dos melhores processos. Este método de ensinar não lhe limita o desenvolvimento do espírito. [...] dota-o dos melhores conhecimentos [...] e o faz servir-se das ferramentas-padrão e dos métodos que representam a melhor ciência no momento... (TAYLOR, 1979, p. 115).

Observa-se, nessa análise, que Taylor (1979) utiliza-se dos elementos centrais

da administração científica para a análise do trabalho, independente da atividade realizada.

Aos princípios centrais da administração científica, o referido autor discorre sobre mecanismos de ordem mais prática, os quais complementam a filosofia da administração científica. São estes: estudos de tempos e movimentos; hierarquia formal definida com chefias numerosas e funcionais; padronização de instrumentos de trabalho; ambiente específico e isolado para planejamento e organização da produção, adoção da prática de relatórios condensados contendo apenas informações que se distanciem das regras estabelecidas; fichas de instrução detalhando as atividades a serem executadas e a forma de execução; idéia de tarefa na administração, associada a altos prêmios para os que a realizam com sucesso; pagamento de gratificação diferencial; sistema mnemônico para classificação dos produtos manufaturados e ferramentas utilizadas; sistema de rotinas e sistema de cálculo de custo (TAYLOR, 1979, p. 117-118).

Aos trabalhos desenvolvidos por Taylor, foram acrescentadas as contribuições de Ford (1863-1947) pela implantação da linha de montagem e, as elaborações de Fayol (1841- 1925) e Weber (1864 - 1920).

À gestão e à organização do trabalho nos moldes taylorista-fordista hegemônica, contrapõem-se, na segunda metade do século passado, às novas abordagens na administração das organizações.

Harvey (1998) salienta que os primeiros sinais de decadência do modelo clássico de organização do trabalho taylorista/fordista surgiram nessa época, justamente quando se tornam evidentes as dificuldades do capitalismo em manter-se com base na produção rígida, voltada para grandes volumes e pouca variação da produção. Para o autor, as novas propostas que surgem em contraposição ao taylorismo-fordismo sustentam-se na “flexibilização” ou “especialização flexível”.

A especialização flexível, termo consagrado por Piore e Sabel para demarcar “um paradigma alternativo para a produção capitalista”, tem sido uma expressão bastante utilizada no debate atual para afirmar um novo paradigma para a produção industrial contemporânea. E, as novas formas de organização do trabalho têm sido discutidas a partir da crise de sustentação do desenvolvimento da produção capitalista

pelo modelo taylorista/fordista, estando associada aos modelos de produção flexível em substituição à produção em massa (XAVIER SO, 1999a, p. 83-85).

Referidas em contraposição aos princípios e mecanismos da administração científica, as NFOT estão associadas a muitas e diversificadas experiências de gestão, dentre elas o toyotismo ou modelo japonês de produção, a abordagem sócio-técnica, ao modelo da Terceira Itália e outras experiências de organização do processo produtivo.

Não obstante a referência a todas estas experiências, é importante ressaltar que as mesmas guardam diferenças fundamentais entre si, no que diz respeito à gestão e à organização do trabalho, bem como a tendência de disseminação desses modelos, na perspectiva de superação do modelo taylorista/fordista de produção (GUIMARÃES, 1995; LARANGEIRA, 1999a).

Nessa perspectiva, também variadas são as análises que os/as autores/as vêm fazendo acerca dessas perspectivas de organização do trabalho e de seu potencial para a superação do modelo da Organização Científica do Trabalho (OCT).

Fleury e Vargas (1987), ao tratarem dos modos de organização do trabalho afirmam que os mesmos podem ser definidos em dois grupos. O primeiro grupo, chamado modelo clássico, é representado pela administração científica. O segundo grupo está representado pelos novos modelos de organização do trabalho, nos quais incluem as propostas de enriquecimento de cargos e os grupos semi-autônomos. Segundo os autores, as propostas de enriquecimento de cargos e os grupos semi-autônomos estão geralmente assentados em premissas implícitas sobre as necessidades humanas, em geral, tendo relação com o modelo japonês de organização do trabalho, necessitando, portanto, serem analisados como um modelo de lógica organizacional integrado à cultura japonesa. Fazendo a crítica ao modelo de enriquecimento de cargos e grupos semi-autônomos, esses autores reconhecem seus avanços, porém, destacam que as experiências concretas mostram que, na maioria das vezes, estes visam muito mais à produção, sem uma real e efetiva participação dos/as trabalhadores/as.

Salerno (1999, p. 19) aborda a discussão a partir da necessidade de projetar na indústria, organizações integradas e flexíveis, com sistemas de gestão mais democráticos, que possibilitem às pessoas graus de autonomia mais elevados.

O autor relaciona oito aspectos de sistemas organizacionais tidos como

inovadores: a) A organização e a gestão por processos transversais, em substituição às estruturas departamentalizadas/funcionais; b) A coordenação das atividades de trabalho pelos/as próprios/as operários/as e não pela supervisão direta (hierarquia); c) O trabalho em grupos autônomos, com definição do método e da divisão do trabalho pelo próprio grupo, em contraposição ao conceito clássico de tarefa; d) A polivalência como multiquificação, ou seja, o desenvolvimento de um repertório profissional mais amplo e variado, envolvendo o aumento da competência para lidar com os eventos presentes no trabalho, em contraposição a capacidade de executar uma multitarefa; e) Um novo olhar para a comunicação intersubjetiva no trabalho, e a inserção do/a trabalhador/a em atividades consideradas de apoio ou gestão, de forma a aumentar seu poder decisório na empresa e aumentar seu campo de ação; f) Uma mudança na política de recursos humanos, coerente com a perda da importância relativa da noção de posto de trabalho, de cargos associados aos postos e tarefas predeterminadas; g) A busca por um novo sistema de gestão econômica da produção e da empresa que supere os problemas colocados pela contabilidade gerencial analítica e pela modelagem corrente, integrando gestão “física” da produção (volumes, prazos) e gestão econômico-financeira; e por último h) Sistemas tecnológicos avançados, caracterizados por um nível elevado de integração e flexibilidade, baseados em automação microeletrônica e redes de computadores (SALERNO, 1999, p. 23).

Considerando o objeto da presente investigação, destacarei, desses modelos, algumas das principais tendências apontadas para a organização e gestão do trabalho.

O modelo japonês ou toyotismo parte do pressuposto de que a produtividade é determinada pelo ser humano e não pelas máquinas, propondo tornar o trabalho mais produtivo pela eliminação de desperdícios, pelo máximo aproveitamento da máquina e por uma nova abordagem no que diz respeito à utilização das potencialidades do/a trabalhador/a (GUIMARÃES, 1995; LARANGEIRA, 1999a).

Associada aos paradigmas de *qualidade total*, *just in time*, *círculos de qualidade* e outras denominações originárias, principalmente, do modelo japonês de produção, o toyotismo, o modelo japonês salienta as seguintes perspectivas para a organização do trabalho:

aumento da unidade de trabalho - a tarefa, o ciclo de movimentos e/ou operações a cargo de um indivíduo ou de um posto de trabalho; alternância de trabalhadores

entre esses diversos postos, como instrumento de capacitação e motivação individual; o trabalho em equipe ou células [...] rompendo a própria noção de posto de trabalho e conferindo certa autonomia a coletivos de operários; a atribuição das tarefas de controle de qualidade do produto e/ou manutenção de máquinas e equipamentos aos operários da produção (XAVIER SO, 1999c, p. 156).

Chanlat (2000, p. 121) frisa que o método de gestão por excelência “caracteriza-se por maior autonomia no trabalho, forte responsabilização, recompensas materiais e simbólicas individualizadas, relações hierárquicas mais igualitárias”. Acredita que a gestão por excelência introduz de novo “a mobilização total do indivíduo a serviço da organização”, ou seja, “exige um comprometimento total e uma adesão passional”. Por isso, ainda que represente ganhos positivos para o/a trabalhador/a, como, por exemplo, a valorização e o reconhecimento podem constituir-se em constante fonte de tensão.

A abordagem sócio-técnica compõe-se basicamente do alargamento de cargos (*job enlargement*), rotação de tarefas ou rotação de postos de trabalho, enriquecimento de cargos (*job enrichment*), equipes polivalentes e grupos semi-autônomos (GSAs) (FLEURY; VARGAS, 1987; GUIMARÃES, 1995).

Segundo Guimarães (1995), o alargamento de cargos e a rotação de tarefas pouco acrescentam em termos de inovação e ruptura com o modelo clássico de organização de trabalho, uma vez que se concretiza pelo simples agrupamento de tarefas semelhantes. Desse modo, pela ampliação horizontal, se faria a junção de tarefas da mesma natureza, e pela ampliação vertical, a atribuição de tarefas de naturezas diferentes, praticadas por um mesmo cargo.

A rotação de tarefas proporciona a permuta do/a trabalhador/a entre postos de trabalho semelhantes, o que caracterizaria o revezamento dos/as trabalhadores/as envolvidos/as. Para Graça (2002), a rotação de tarefas evita a rotina ou monotonia, proporcionando maior diversidade de tarefas e pode combater a desmotivação no trabalho. No entanto, não modifica substancialmente a organização do trabalho, uma vez que mantém a separação entre concepção, direção e execução do trabalho. Para Guimarães (1995), tanto o alargamento de cargos como a rotação de tarefas representam visões simplificadas e empobrecidas do enriquecimento de tarefas/cargos.

O enriquecimento de cargos propõe uma variedade de tarefas com gradual delegação das mesmas, com isso proporciona mais responsabilidade ao/a trabalhador/a, tendo em vista um desenvolvimento psicologicamente sadio deste/a (FLEURY, 1987).

Segundo essa perspectiva, a associação à tarefa principal de outros núcleos mais intelectuais e interessantes do trabalho, potencializaria a motivação do/a trabalhador, aproximando-se, portanto, da ruptura como modelo taylorista/fordista (GUIMARÃES, 1995).

Graça (2002) acrescenta que a proposta de enriquecimento de cargos possibilita que o/a trabalhador/a execute um conjunto mais completo de tarefas, com certo grau de controle sobre o trabalho e sobre a maneira como este é organizado. O processo é acompanhado de *feedback* contínuo sobre o seu desempenho e as inovações acontecem de modo a não sacrificar a produtividade.

Na perspectiva de Fleury (1987), o enriquecimento de cargos possibilita a satisfação de necessidades individuais em cargos isolados e a maior satisfação das necessidades sociais pelas relações de amizade no ambiente de trabalho, facilitando com isso um desenvolvimento físico e psicológico mais sadio do/a trabalhador/a pela variação de tarefas e pela delegação gradativa de responsabilidades.

Guimarães (1995) destaca o avanço dessa proposta para as condições de trabalho, porém salienta, como limitação, a não participação do/a trabalhador/a no projeto e delineamento de cargos.

As equipes polivalentes, segundo Guimarães (1995), permitiriam o deslocamento de trabalhadores/as de uma para outra atividade de acordo com a necessidade da produção, uma vez que essa proposta não adota características de especialização, de parcelamento das tarefas e de individualização do trabalho e, admite tempo de execução variável do trabalho. A proposta de equipes polivalentes mantém, no entanto, um princípio fundamental do taylorismo – a separação entre concepção, decisão, controle e execução do trabalho.

Nesse sentido, o enriquecimento de cargos e as equipes polivalentes avançam, mas não rompem com o paradigma clássico de organização do trabalho.

Ligado essencialmente ao modelo sueco de organização do trabalho e conhecido também como *volvoismo*, os Grupos Semi-Autônomos (GSAs) representam experiências que desafiam a OCT. Constituem-se em uma série de inovações que vão desde a planta física das empresas, concebidas com o intuito de facilitar o trabalho em equipe e melhorar as condições de trabalho através de soluções ergonômicas

sofisticadas; democratização dos locais de trabalho, incentivo à autonomia e à intervenção dos/as trabalhadores/as; reintegração das tarefas fragmentadas; diminuição dos níveis hierárquicos; coordenação do trabalho coletivo em substituição a noção de supervisão e controle; qualificação dos/as trabalhadores/as, entre outros (LARANJEIRA, 1999b; GRAÇA, 2002).

Para Salerno (1999, p. 131-132), o que caracteriza os Grupos Semi-Autônomos (GSAs) é que

a um conjunto de pessoas é atribuído um objetivo de produção (negociadamente, nos casos mais avançados) e são estabelecidas as condições para que se consiga atingi-lo – equipamentos, suprimentos, etc., e as pessoas têm a prerrogativa de se organizarem como acharem melhor.

Não há predefinição de função entre os/as integrantes do grupo, nem atribuição individual de tarefas, “a atividade direta de trabalho não é planejada externalizadamente ao executante”, uma vez que não há prescrição de como o trabalho deva ser feito, desde que respeitadas determinadas condições técnicas (SALERNO, 1999, p. 132).

Nessa perspectiva, o grupo semi-autônomo assume uma configuração mais horizontal de divisão do trabalho, o que para os/as trabalhadores/as poderia se traduzir em um grau relativo de autonomia na estruturação das tarefas com utilização de habilidades múltiplas e desenvolvimento de trabalho grupal baseado na cooperação (FLEURY, 1987; CATTANI, 1999; SALERNO, 1999).

Por último, tem se colocado como referência às novas formas de organização do trabalho, o modelo italiano ou Terceira Itália, que se caracteriza como um conjunto de experiências produtivas, desenvolvidas a partir da década de 70 na região centro-norte da Itália, as quais têm como características: produção em pequenas empresas industriais em uma área com tradição artesanal e com

pouca ou nenhuma experiência anterior em produção em massa; processo e relações de trabalho flexíveis; alta capacidade de inovação e inserção autônoma dessas redes de pequenas empresas no mercado internacional; homogeneidade cultural e consenso político nas comunidades que sediam esses sistemas produtivos (XAVIER SO, 1999b, p. 149-150).

As várias abordagens contribuem para a reflexão sobre as novas formas de organização do trabalho (NFOT) e seu potencial para mudanças na organização do

trabalho e, a superação do referencial da Organização Científica do Trabalho.

Segundo Graça (2002), a expressão “novas formas de organização do trabalho” (NFOT), amplamente utilizada a partir da década de 80, não possui uma definição precisa, tampouco existe concordância sobre o que venha a ser a mesma, dados os conflitos teóricos e ideológicos que envolvem o tema organização do trabalho.

No sentido mais habitual,

a expressão NFOT, designa, na literatura da sociologia do trabalho e da psicossociologia das organizações do trabalho, um conjunto de experiências e de outras iniciativas, em geral de origem patronal, diversificadas no tempo e espaço, tendo por objetivo a reorganização do trabalho e a participação dos trabalhadores na gestão da empresa (GRAÇA, 2002, p. 165) .

Citando Reto e Lopes (1987), o autor continua:

As NFOT podem ser vistas como ‘o exemplo de ensaios consecutivos para reconduzir o mundo do trabalho ao sentido e significados perdidos’, nomeadamente ‘ através da recuperação de mitos dos componentes da mitologia operária, contrapondo a uma cultura de classes, uma cultura de empresa, que integra, parcialmente, pelo menos, as aspirações a valorização de cada indivíduo e recupera o espírito colectivista (GRAÇA, 2002, p. 173).

Graça (2002) reforça algumas expressões utilizadas na literatura corrente para representar o que é chamado de NFOT: reestruturação do trabalho, alargamento de tarefas, enriquecimento de tarefas, trabalho em equipe, grupos semi-autônomos de produção, democracia industrial, qualidade de vida no trabalho, humanização do trabalho, grupos de desenvolvimento, círculos de qualidade, volvoísmo, dentre outros.

Concorda com Liu (1983), que de modo simplificado, afirma que “há duas lógicas opostas de organização do trabalho: o taylorismo e a abordagem sócio-técnica, simbolizada nos grupos semi-autônomo”. Para o autor, dentre essas se situam “formas intermediárias ou híbridas” de organização do trabalho, que não rompem com alguns dos princípios do taylorismo (LIU apud GRAÇA, 2002, p. 169).

Como princípios do taylorismo, entende-se um conjunto de seis princípios básicos:

- 1) a parcelarização da tarefa – a cada trabalhador/a atribui-se apenas uma tarefa ou um grupo restrito de tarefas;
- 2) especialização – cada trabalhador/a realiza sempre o mesmo trabalho, relacionado a determinado posto de trabalho;

- 3) tempos impostos – realização da tarefa em um tempo previamente previsto pela gerência;
- 4) separação entre controle e execução – aquele/a que executa não controla ou avalia os resultados do trabalho. Controle e avaliação são prerrogativas da direção;
- 5) individualização do ser humano – “uma tarefa, um posto de trabalho, um homem”. Não há espaço para o trabalho cooperativo, em equipe ou grupo.
- 6) separação entre concepção, coordenação e execução – “quem executa não concebe, não decide, não planeja, não programa, não organiza, não coordena”. A gestão do trabalho compete à direção (LIU apud GRAÇA, 2002, p. 171).

Em face às inúmeras designações que têm recebido as experiências desenvolvidas no campo da organização do trabalho, Guimarães (1995) alerta para a importância de diferenciar o que tem sido chamado de NFOT, avaliando se essas assim devem ser chamadas, e analisando as experiências práticas, questionando se as mesmas são realmente provenientes de modelos novos ou tradicionais. Para a autora, em se tratando de NFOT, é necessário considerar que se presenciou o esgotamento parcial do modelo taylorista/fordista, mas que não houve ruptura total com esse modelo.

No que diz respeito à participação, aspecto fundamental para a caracterização de NFOT, Guimarães (1995, p. 34) lembra que não há consenso sobre existência real da participação nas NFOT na sociedade, pois essas lidam “com uma diversidade de combinações de elementos que compõem o próprio processo de trabalho”.

Para a autora, dentre os elementos que compõem o processo de trabalho, a tecnologia⁸ ocupa posição de destaque na organização do trabalho. A organização do trabalho engloba, entre outros: o modo como o trabalho é dividido, o conteúdo das tarefas; a hierarquia; a prática da tomada de decisão nos locais de trabalho; a relação do/a trabalhador/a com a máquina, incluindo o número de máquinas que cada

⁸ Para ABERCROMBLE, HILL, TURNER (2000, p. 357), o termo tecnologia abrange as formulações sobre técnicas produtivas e o conjunto de conhecimentos organizados, ultrapassando a noção de equipamento. Nesse sentido, inclui também os arranjos organizacionais, o modo como é dividido e organizado o trabalho nos locais de trabalho para o alcance de determinados resultados. Para os autores, a tecnologia enquanto construção humana só pode ser analisada no processo de produção social e no seu desenvolvimento histórico (tradução nossa).

trabalhador/a opera, quem determina o ritmo e a cadência do trabalho; como estão dispostos os/as trabalhadores/es e as máquinas no espaço da organização; o número de trabalhadores/as de cada posto ou equipe de trabalho, suas obrigações e a autonomia de cada trabalhador/a (GUIMARÃES, 1995, p. 15).

Liu (apud GRAÇA, 2002) faz a apresentação das novas formas de organização do trabalho em contraposição a OCT, classificando-as e analisando-as a partir de três níveis de ruptura com a OCT e dos seis elementos já descritos anteriormente. Na perspectiva do autor, somente os Grupos Semi-Autônomos (GSAs) rompem radicalmente com o taylorismo.

Quadro 1 - Formas Neo-Tayloristas ou Pós-Tayloristas de Organização do Trabalho

Posição em relação ao taylorismo	Derivadas do taylorismo		Intermediárias		Em ruptura com o taylorismo GSAs
	Alargamento de tarefas	Rotação de tarefas	Enriquecimento de tarefas/cargos	Equipe polivalente	
Formas					
Princípios do taylorismo					
1. Parcelarização	Não	Não	Não	Não	Não
2. Especialização	Sim	Não	Sim	Não	Não
3. Imposição de tempos	Sim	Sim	Não	Não	Não
4. Individualização	Sim	Sim	Sim	Não	Não
5. Separação controle / execução	Sim	Sim	Não	Sim	Não
6. Separação concepção, coordenação e decisão / execução.	Sim	Sim	Sim	Sim	Não

Fonte: Liu (apud GRAÇA, 2002)

No campo da saúde, a necessidade de mudança na gestão dos serviços e na organização do trabalho tem sido abordada por diversos/as autores/as, cujas reflexões contribuem para pensar as características de um novo modo/paradigma de organização do trabalho em saúde, inspirado nas teorizações sobre as NFOT e na perspectiva interdisciplinar (CAMPOS, 1994, 1997, 2000a, 2000b; CECÍLIO, 1994, 1997a, 1997b, 1999; PIRES, 1998, 1999; CAPELLA, 1998; MATOS, 2002; GELBCKE, 2002; PIRES; MATOS, 2003).

Muitos dos aspectos que estes/as autores/as salientam dizem respeito à participação do/a trabalhador/a na gestão da instituição e do processo de trabalho e, a divisão do trabalho entre os diversos grupos profissionais e entre profissionais de uma

mesma categoria. Tratam, também, da tomada de decisão no momento da prestação do cuidado ao usuário; da utilização de tecnologia adequada nos diversos níveis de atenção; da definição quali/quantitativa de trabalhadores/as e do número de usuários a serem atendidos por esses/as trabalhadores/as; das condições para a prestação do cuidado à saúde e da construção de autonomia profissional. Referem-se, ainda, à participação do usuário na gestão das instituições de saúde; na definição da utilização dos recursos disponíveis para a atenção em saúde e no planejamento do cuidado que irá receber.

Para Campos (1997), o processo de intensa especialização e divisão do trabalho em saúde constitui-se um dos fatores responsáveis pela existência de serviços incapacitados para realizar sua função primordial: oferecer serviços de saúde de qualidade. Avalia, ainda, que qualquer projeto preocupado em melhorar a atenção à saúde prestada por esses serviços, deve considerar a necessidade de aproximar trabalhadores/as com o resultado de seu trabalho.

Acredito que, para aproximar os/as trabalhadores/as do entendimento e controle do processo de trabalho, bem como do resultado do mesmo, no que se refere às ações assistenciais, são necessárias iniciativas que reúnam os/as diversos/as profissionais que atuam no setor, na perspectiva de compreensão do trabalho coletivo. Embora o trabalho em saúde preserve características do trabalho do tipo profissional e os/as profissionais gozem de relativa autonomia na realização das ações destinadas à clientela, o mesmo mantém, também, características da lógica fragmentadora. Cada profissional realiza parte do ato assistencial, sem uma compreensão mais integrada do todo, não respondendo a integralidade da assistência – pressuposto do Sistema Único de Saúde.

É preciso compreender a complexidade do objeto e do processo de trabalho em saúde e a contextualização histórico-social de ambos para poder intervir criticamente no processo.

A lógica da fragmentação, parcelarização e hierarquização do trabalho, presente na organização do trabalho em saúde, dificulta a intervenção criativa dos/as trabalhadores/as, bem como as relações com os sujeitos cuidados e seus familiares. Já as chamadas NFOT orientam-se para um distanciamento da lógica parcelar.

Campos (1994, p. 43), ao refletir sobre o trabalho em saúde e sobre as

necessidades de mudanças, defende que seria necessário

criar sistemas de gestão que permitissem a combinação de diretrizes até agora consideradas e tidas como antagônicas. Inventar, na prática, novas combinações para os elementos polares que compõem binômios como o da centralização e descentralização, autonomia da base e responsabilidade com os objetivos gerais da instituição, planejamento de metas e atendimento às flutuações da demanda, entre outros. [...] Isso tudo exigiria determinado grau de democracia, de distribuição de poder, de confiança no outro.

Aposta o autor em modelos que compatibilizem gerenciamento horizontal e vertical, democratização e delegação de autonomia às equipes de saúde, que a partir de

diretrizes políticas, administrativas e assistenciais, de conteúdo mais geral, deveriam, elas próprias, definir as normas e procedimentos referentes ao desempenho de suas atribuições, incluindo a organização do processo de trabalho, seleção de meios e técnicas necessárias ao cumprimento dos objetivos previamente definidos (CAMPOS, 1994, p. 44).

Desse modo, poderiam se estabelecer contratos explicitando, de forma “concreta e operacional”, os direitos e deveres dos/as trabalhadores/as e dos usuários, ou seja, “os compromissos com indicadores de qualidade, de produtividade, de humanização e de acolhimento” dos serviços de saúde (CAMPOS, 1994, p. 45).

Segundo Campos (1994, p. 59), “ainda não conseguimos historicamente, realizar a negação/superação das práticas tradicionais, ou seja, mais criticamos e apontamos seus limites do que fomos capazes de construir propostas alternativas de atenção”.

Defende o autor a idéia de trabalhar com “modelos” para contribuir com o vazio de projetos na área da saúde. O modelo proposto pelo autor exige a presença de serviços e de trabalhadores/as com certo “grau de autonomia e de responsabilidade técnico-profissional-gerencial”. Exige, também, a canalização dos conflitos e da tensão permanente existente na produção de serviços de saúde para soluções criativas, para a superação dos impasses do serviço público, burocratização, ineficácia e outros. A concretização de modelos dessa natureza poderia ser propiciada pela gestão democrática e pela instituição de mecanismos de controle social e de avaliação com atribuição clara e transparente de responsabilidades (CAMPOS, 1994, p. 64).

Para Campos (2000a, p. 55-56), na saúde, os processos não podem ser padronizados, “é impossível eliminar os imprevistos”. Ainda que haja regularidade,

“cada caso é um caso singular, obrigando a invenção de soluções nem sequer imaginadas”. Propõe o autor, para os serviços de saúde, um tipo de organização que considere os sujeitos, grupos e coletivos em sua dimensão “objetiva e subjetiva”, “singular e universal”. Considera, também, as estruturas e as necessidades sociais. E, nesses espaços, e sob essas condições, que se trabalhe a autonomia possível, enquanto produção social.

As idéias de Campos (2000a, p. 30-35) contrapõem-se ao modelo de gestão e organização do trabalho da administração científica, cuja idéia central é a separação entre concepção e execução e a base pedagógica é a autoridade, assentada na diferença de poder entre os que concebem e os que executam. Avalia ser possível um modelo de gestão e organização do trabalho com planejamento, execução e avaliação realizados por todos/as os/as envolvidos/as e com divisão mais igualitária de poder. Para o autor, o trabalho pode ser organizado com base não na renúncia aos próprios interesses e desejos, mas na combinação de autonomia com compromisso social, de modo que os sujeitos envolvidos no processo possam dar vazão às suas próprias subjetividades.

Em seu entendimento, esse método privilegia as pessoas, os sujeitos, por isso, aplica-se a equipes ou coletivos. O objeto básico com que opera é o coletivo organizado para a produção, que é aquele agrupamento que tem como objetivo e como tarefa a produção de algum bem ou serviço. Agrupamentos humanos “com alguma finalidade produtiva, com objetivos a serem cumpridos e com tarefas, mais ou menos explicitas” (CAMPOS, 2000a, p. 35-36).

Em busca de novos rumos para a gestão e organização do trabalho em saúde, Cecílio (1999, p. 34) tem trabalhado a mudança na gestão hospitalar a partir de processos participativos de gestão. Descreve as instituições hospitalares públicas como empresas altamente burocratizadas, alicerçadas em um modelo de gestão baseado no paradigma das teorias clássicas da administração, e por conta de uma visão mais atual das teorias administrativas que contempla as concepções das teorias estruturalista, contingencial e outras abordagens, sintetiza as principais dificuldades para promover mudanças no modelo de gestão de hospitais públicos no Brasil. Atribui essas dificuldades a alguns fatores como: o alto grau de especialização dos/as trabalhadores/as da área, assim como a autonomia destes/as trabalhadores/a,

especialmente dos/as médicos/as. Os organogramas verticalizados dessas instituições não ajudam a enfrentar as mudanças necessárias, ao contrário, “as linhas de mando hierarquizadas para os três corpos funcionais principais (médico, de enfermagem e administrativo), dificultam a comunicação e alimentam os conflitos”.

Nessa perspectiva, sugere a adoção de modelos mais democráticos e participativos e afirma que isso implica em “mexer em esquemas de poder”, o que envolve uma gama de trabalhadores/s no meio hospitalar, dentre os quais se destacam os/as médicos/as, os enfermeiros/as e o pessoal do setor administrativo. Para esse autor, é inquestionável a necessidade de mudanças no setor, mas qualquer mudança na estrutura de gerenciamento dessas organizações implica em negociações com os diversos segmentos para que se concretize (CECÍLIO, 1999, p. 317).

Campos (1997) e Cecílio (1994, 1997a, 1999) trabalham na perspectiva de construção de organogramas mais horizontais, propondo-se a um modelo de gestão mais participativa nessas instituições, de modo a reunir os/as profissionais naquilo que os/as mesmos/as têm em comum: o objeto de trabalho. Nesse sentido, defendem que uma proposta de gestão participativa nas instituições de saúde deve ser amplamente negociada entre os segmentos que a compõem, em torno de uma proposta assistencial o mais consensual possível. Para esses autores, a atenção ao usuário é a única proposta capaz de reunir grupos profissionais com interesses e lógicas de organização do trabalho tão diferenciadas.

Capella (1998) contribui para pensar as NFOT ao discutir o trabalho da enfermagem, a integração das diversas profissões no meio hospitalar e a construção de um modelo de gestão e organização do trabalho que integre as necessidades dos/as trabalhadores/as, dos usuários do serviço e as necessidades sociais, uma vez que no trabalho em saúde estão colocadas as necessidades de múltiplos sujeitos.

Pires (1998) tece toda uma contribuição acerca da gestão e organização do trabalho em saúde e enfermagem ao discutir o processo de reestruturação produtiva no Brasil. Suas contribuições, já destacadas neste texto, são retomadas em Matos (2002) e Matos e Pires (2003), quando discutem os indicativos para uma nova forma de organização do trabalho da enfermagem no ambiente hospitalar.

Ainda Gelbcke (2002), ao estudar as interfaces dos aspectos estruturais,

organizacionais e relacionais do trabalho de enfermagem e o desgaste do/a trabalhador/a, assinala a necessidade de se pensar em condições de trabalho compatíveis com o trabalho a ser realizado e que reflitam positivamente na saúde do/a trabalhador/a.

Compreendo que uma nova perspectiva de atuação na atenção à saúde, com características positivas para a organização do trabalho e para o resultado da qualidade da assistência, deve considerar o trabalho como atividade essencialmente humana, com características criadoras e transformadoras da realidade. Atividade na qual o ser humano busca descobrir e transpor suas limitações, por meio da reflexão, planejamento, ação, e também, pelos conhecimentos acumulados (MARX, 1985).

No trabalho em saúde, essa compreensão coloca em discussão a necessidade de ações integradas entre os/as profissionais, entendendo a integração como exercício de compartilhar saberes, ampliar conhecimentos e rever relações de poder, entre outras.

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

O iniciar de um projeto de pesquisa é sempre uma tarefa difícil, pois implica em fazer escolhas, delinear previamente um caminho a ser trilhado, muitas vezes, sem a necessária familiaridade e aproximação com o objeto de estudo.

No decorrer do processo, na aproximação com o objeto e com o campo de investigação, passa-se a perceber a realidade em toda sua complexidade, e então, a partir da reflexão dos limites e possibilidades que se encontram nesta realidade, redimensiona-se o projeto inicial, fazem-se outras delimitações, de modo a possibilitar o avanço da investigação.

A construção do estudo, desse modo, se faz em um movimento contínuo de idas e vindas, que permeia todo o processo investigativo, tornando possível a sua realização e a elaboração final aqui apresentada.

A análise das experiências de trabalho em equipes interdisciplinares considerou a inserção dessas práticas no contexto do trabalho na sociedade em geral e no contexto do trabalho em saúde. Considerou, também, o cenário das políticas públicas atuais de saúde, o investimento público em saúde, bem como as condições de trabalho a que estão submetidos/as os/as trabalhadores/as que fizeram parte deste estudo. Considerou ainda, a realidade e a situação de vida, incluindo o processo saúde-doença dos usuários desses serviços, as facilidades e dificuldades a que estão submetidos na busca por atenção à saúde.

A análise dessas práticas aconteceu partindo, ora do olhar teórico sobre a prática, ora do olhar da prática que retornando, a teoria, revê conceitos, técnicas refazendo a perspectiva teórica em um movimento complexo com vistas à compreensão aproximada da totalidade do fenômeno investigado.

É dessa tentativa de olhar e refletir sobre a totalidade, que trago, neste momento aquilo que identifiquei nas experiências interdisciplinares, e que representam aspectos de complementaridade e articulação dos saberes/fazer e, aspectos potenciais para a construção de novas formas de organização do trabalho em saúde.

O suporte para a investigação em todas as suas etapas, desde a concepção do projeto, a revisão de literatura, a composição de um referencial teórico de análise, o caminho metodológico e a análise dos dados foi sustentado pelo materialismo histórico e dialético e por contribuições oriundas dos estudos acerca da interdisciplinaridade e da complexidade, especialmente os trabalhos de Edgar Morin.

As contribuições teóricas a este estudo vêm de autores/as que já estudaram o processo de trabalho em saúde e suas transformações na realidade atual, autores/as que tratam da articulação dos saberes no contexto da educação e saúde, bem como na perspectiva da complexidade. A opção pelo materialismo dialético leva em consideração o potencial dessa abordagem para o estudo de realidades complexas.

Segundo Minayo (1994, p. 64), a dialética trabalha a partir de uma perspectiva histórica, tentando “cercar o objeto do conhecimento através da compreensão de todas as suas mediações e correlações”. Essa perspectiva constitui “a riqueza, a novidade e a propriedade da dialética marxista para a explicação do social”.

A investigação social possui especificidades próprias, e, o modo de produção, historicamente determinado, constitui-se como fundamental para análise da sociedade e sua estrutura na abordagem marxista.

A categoria mediadora das relações sociais é o trabalho, a atividade prática. [...] A teoria marxista é a teoria da ação humana que ao mesmo tempo faz história e é determinada por ela; busca as transformações do sujeito da ação, isto é, as transformações da sociedade humana. Do ponto de vista do processo de conhecimento, a atividade humana é seu critério decisivo (MINAYO, 1994, p. 73).

Na perspectiva dialética, a abordagem da questão saúde/doença, bem como das instituições de saúde estão colocadas em relação à totalidade social. Saúde e doença são tratadas como “um processo fundamentado na base material de sua produção e com as características biológicas e culturais com que se manifestam” (MINAYO, 1994, p. 76).

A investigação científica, nesse sentido, tem a pretensão de buscar compreender o objeto em sua máxima amplitude, porém já reconhecendo que a compreensão do todo é impossível e sempre provisória. “A realidade é sempre mais rica que o conhecimento que a gente tem dela. Há sempre algo que escapa de nossas sínteses” (KONDER, 1981, p. 137).

O conjunto de elementos que compõem essa realidade (econômicos, sociais, culturais, jurídicos, políticos), é um conjunto articulado e determinado – cada elemento

mantém uma relação de determinação e uma articulação com os demais. Assim, cada fenômeno social particular é parte de uma totalidade e seu estudo só pode ser feito com referência a esse todo. Se existem no todo, é apenas a partir da totalidade que podem ser explicados (GIOVANI, 1984).

A investigação proposta tem por objetivo compreender a organização do trabalho em saúde, sob uma perspectiva particular – a dos grupos interdisciplinares e sua contribuição para a construção de NFOT em saúde, considerando, entretanto, que essas propostas estão inseridas em um espaço social concreto, as instituições que fazem parte do sistema de saúde, que por sua vez, faz parte de um todo social. As mudanças que acontecem no espaço do trabalho em saúde não podem ser analisadas fora do contexto geral do trabalho na sociedade.

O estudo, de natureza qualitativa, foi desenvolvido em duas instituições públicas do Sul do Brasil, que realizam experiências interdisciplinares na atenção à saúde de usuários, e que se destacam, na realidade, como prestadores de uma assistência de qualidade. Essas experiências interdisciplinares fazem parte da realidade das instituições, desde a segunda metade da década de 1980.

Trata-se de duas instituições de saúde consideradas de referência nacional na região em que estão inseridas. Uma delas caracteriza-se como um centro de estudos e pesquisas oncológicas de média complexidade e a outra, um hospital escola de média complexidade.

O hospital geral universitário destaca-se no país entre as instituições prestadoras de assistência pública de qualidade, condição comprovada no ano 2000, através de pesquisa/avaliação, realizada pelo Ministério da Saúde (MS) na rede hospitalar brasileira. Nessa instituição, a experiência escolhida como objeto de investigação, concentra-se na atenção ambulatorial especializada ao idoso, através de um núcleo interdisciplinar de pesquisa e atenção a esse grupo populacional.

O complexo oncológico é reconhecido pelo MS como um centro de referência no país na área de tratamento de câncer, e o Serviço de Cuidados Paliativos, objeto deste estudo, é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como centro de referência em cuidados paliativos no Brasil.

O serviço de cuidados paliativos contempla uma enfermaria de 12 leitos

localizada em um hospital geral de pequeno porte, que faz parte do complexo oncológico e funciona em prédio isolado deste; um ambulatório de cuidados paliativos; um hospital dia situado junto ao ambulatório e um Programa de Internação Domiciliar.

A opção por analisar um setor ou unidade que desenvolve prática interdisciplinar em cada hospital tem por objetivo ampliar a visão do fenômeno.

Entendo que a **escolha das instituições** para efetivação do estudo, bem como a temática, tem uma ligação direta com a história do/a pesquisador/a, suas prioridades e possibilidades pessoais, teóricas, científicas, sua visão política, e sua consciência profissional. Nesse sentido, concordo com Minayo (1994, p. 21), que afirma que “a visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais estão implicadas em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho”.

Optei, inicialmente, em realizar a investigação em instituições hospitalares, porém considerando a especificidade do trabalho realizado pela instituição dedicada ao tratamento de pessoas com doenças oncológicas, que mantém de forma integrada a atenção hospitalar, a atenção ambulatorial e a internação domiciliar, parte do estudo aconteceu também nessas esferas de atenção, contribuindo para o enriquecimento da proposta.

A intenção de investigar o fenômeno em instituições hospitalares ocorreu, primeiramente, em função de minha trajetória profissional neste espaço, e também por concordar com Pires (1998, p. 21), que destaca que, ao longo do século XX, no Brasil, “o hospital tem-se mantido em destaque, no campo da prestação da assistência institucional de saúde”. Essa realidade continua mantendo-se até hoje, tanto no país como em âmbito internacional, ainda que se constate um crescimento expressivo de outras modalidades de atenção à saúde⁹. No Brasil, destaca-se, nas últimas décadas, o crescimento da rede pública de atenção básica à saúde, bem como de clínicas e ambulatórios no setor privado.

⁹ Observando a evolução histórica dos estabelecimentos de saúde no Brasil, constata-se que, em 1992, havia 49676 estabelecimentos, dos quais 7430 com internação hospitalar; 33578 sem internação hospitalar; 8668 SADT (Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia). Em 2002, este número era de 67.612 estabelecimentos, 7423 com internação hospitalar; 46.705 sem internação hospitalar e 13.484 SADT. Proporcionalmente o número de leitos hospitalares que em 1992 era de 544.357, considerando a rede pública e a rede privada, passa em 2002 a 471.171, ou seja, há uma diminuição de 73.186 leitos hospitalares, acompanhando a redução de estabelecimentos. Dos leitos desativados, grande parte concentra-se na rede privada; a rede pública, nesse mesmo período, passa de 135.080 para 146.319 mil leitos; a rede privada de 409.277 para 324.852. A diminuição dos leitos hospitalares, nesse período, é atribuída a fatores tais como as mudanças no financiamento do setor saúde e na prática médica, que levaram a desativação de leitos especializados, como, por exemplo, os critérios para internação de pessoas com problemas crônicos (psiquiatria e indivíduos fora de possibilidades terapêuticas) e outros. O crescimento do número de estabelecimentos sem internação neste mesmo período, é atribuído ao investimento na atenção básica com incremento da Estratégia de Saúde da Família e a abertura de postos de saúde (MOYSÉS; TEIXEIRA; PEREIRA, 2006, p. 11-31).

Também, entre as instituições de saúde, é na instituição hospitalar que a fragmentação do saber se mostra mais evidente, e por isso mesmo, considero fundamental a implementação de ações integradas e o investimento em projetos que possibilitem a reconstituição e integração dos saberes, tendo em vista a perspectiva de uma assistência integral e de melhor qualidade. No espaço hospitalar, a complexidade dos serviços prestados demanda a inserção diversificada de profissionais da área de saúde, facilitando, desse modo, a investigação.

A **definição das equipes interdisciplinares**, que integraram este estudo, ocorreu considerando a história e o reconhecimento do trabalho que desenvolvem na realidade do trabalho em saúde, a composição multiprofissional da equipe e o aceite da instituição e dos/as profissionais para participação na pesquisa.

A **escolha dos sujeitos** do estudo considerou a inclusão de representantes das diferentes categorias profissionais integrantes das equipes estudadas, bem como usuários assistidos por estes/as profissionais.

Na etapa de entrevistas foram selecionados/as profissionais com diferentes formações, considerando o tempo de atuação nas equipes, de modo que a composição dos sujeitos contemplou profissionais que atuam nas mesmas ao longo de sua trajetória.

Estabeleci, anteriormente, que a escolha dos usuários do serviço ocorreria, considerando o tempo em que são atendidos pela equipe; a facilidade para fornecer informações; a disponibilidade/aceite para participação e que estes/as fossem atendidos/as por mais de um/a profissional integrante da equipe interdisciplinar. Propus um mínimo de três usuários de cada uma das experiências integrantes do estudo, ficando o número final de entrevistados/as sujeito à observação do critério de saturação dos dados.

No decorrer da investigação, percebi algumas dificuldades em relação à coleta de dados nesse segmento, cujas situações são explicitadas a seguir, quando se trata da entrevista semi-estruturada.

A **coleta de dados** foi realizada utilizando a técnica de triangulação que “tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo” (TRIVIÑOS, 1987, p. 138).

A **triangulação** na coleta de dados é amplamente estimulada na realização de pesquisas qualitativas, e que utilizam como referencial de análise a percepção complexa dos fenômenos, uma vez que possibilita o acesso aos dados através de fontes diversas, permitindo uma compreensão mais global daquilo que é investigado (VASCONCELOS, 2002).

No processo de triangulação, considerei como fonte do material para análise: a documentação institucional existente acerca desses grupos e da própria instituição; os documentos formais e informais, protocolos de atendimento, livros-ata de reuniões e outros existentes no grupo. Outras fontes de coleta de dados foram: entrevistas semi-estruturadas com os/as profissionais/as envolvidos/as e usuários/familiares assistidos/as por estes/as profissionais, bem como observação sistemática das atividades realizadas pelo grupo.

O **estudo documental**, na perspectiva de investigação de fenômenos interdisciplinares, constitui-se numa etapa fundamental, uma vez que a capacidade de conhecer uma prática em suas limitações e possibilidades supõe o conhecimento dos determinantes históricos que levaram a sua concretização (FAZENDA, 2002a). No campo da saúde, implica em reconhecer as necessidades colocadas de intervenção na atenção à saúde, as políticas de saúde hegemônicas, as relações estabelecidas entre os/as diferentes profissionais envolvidos/as, o desenvolvimento tecnológico, o cenário institucional em que ocorre a experiência, dentre outros aspectos, em cada momento histórico.

Fazenda (2002a, p. 51) salienta a importância do estudo dos registros na compreensão das práticas interdisciplinares, associadas a outras técnicas de investigação. Para a autora, “toda prática verdadeira está correlacionada ao fim (finalidade) que o homem tem em vista e a seu engajamento no processo produtivo”. Nesse sentido, é fundamental que cada ser humano perceba-se pelo acúmulo de conhecimentos sobre a prática que adquire ou adquiriu em sua vida. Embora as situações não se repitam de forma igual, as respostas dadas às situações revelam-se no simples aproveitamento de experiências cujos resultados são conhecidos, ou seja, de uma experiência surgem aspectos que são aproveitados em experiências similares.

Tavares, Matos e Gonçalves (2004), em pesquisa realizada com reconstituição

documental e história oral da trajetória de um grupo multidisciplinar de atendimento a pessoa com diabetes, também observaram a importância dos registros para a análise do processo vivenciado pelo grupo. Nesse grupo específico, os registros (atas, protocolos assistenciais, solicitações de ingresso de novos/as profissionais no grupo), embora existentes, não são sistematizados, não obedecem a uma cronologia, existem “vazios” em que não é possível reconhecer a dinâmica do trabalho naquele momento histórico, dificultando assim a compreensão e análise do caráter interdisciplinar. Essas e outras lacunas foram, de certa forma, esclarecidas quando o estudo foi complementado pela história oral.

No presente processo de investigação, o estudo documental aconteceu no decorrer do processo de pesquisa e a investigadora buscou o momento adequado para aproximação com os documentos, o que foi definido a partir da interação e do estabelecimento de uma relação de confiança com os sujeitos envolvidos. Foram verificados, além de documentos gerais da instituição, necessários para o entendimento do contexto, livros de atas de reuniões, prontuários de usuários do serviço e outros documentos, conforme segue.

No serviço de atenção aos idosos, foram analisados dois livros-ata de reuniões da equipe no período de 1988 a 1995 e de 2003 a 2005, com cerca de 280 registros. O período de 1995 a 2003 fazia parte de um livro que se encontrava desaparecido. Foi avaliada também uma diversidade de material produzido pela equipe para utilização em capacitações, eventos e na educação em saúde; protocolo interdisciplinar para abordagem e coleta de dados junto aos usuários; livros de registros de consultas e outros materiais.

Dentre os documentos analisados, recebeu especial atenção os livros de registros de atas de atividades da equipe, bem como aqueles que relatavam reuniões e atividades da equipe e usuários/familiares, na perspectiva de captar na história das equipes as interações/relações, dificuldades, conquistas e outros.

No Serviço de Cuidados Paliativos, foram avaliados documentos do programa de Qualidade Institucional, livro de ata de reuniões da equipe interdisciplinar, livro de registro de reuniões com familiares e profissionais, livro-ata das atividades de educação permanente, livro de ocorrências da unidade hospitalar e prontuários de usuários.

Foram avaliadas as atas existentes das reuniões de equipe e de visitas conjuntas aos leitos do período de março de 2004 a maio de 2006, as quais totalizaram 96 registros; os registros das reuniões de família do período de outubro de 2001 a maio de 2006, totalizando 201 atas; e também, 20 atas relativas às atividades de educação permanente, realizadas e registradas no período de março de 2004 a julho de 2005.

Os documentos institucionais, desde aqueles que estão disponíveis em bases de dados da *World Wide Web* (www), estatísticas e outros, foram citados em referência a respectiva equipe, utilizando-se a designação “documento institucional número 1, 2, 3...”, evitando assim a identificação da instituição.

Um outro instrumento, a **entrevista semi-estruturada** (Apêndice 1 e 2), foi utilizada com o intuito de trazer à tona aspectos relevantes para o trabalho, considerando as diferentes perspectivas dos sujeitos envolvidos, usuários e profissionais.

Segundo Vasconcelos (2002, p. 221), “toda entrevista constitui um processo de interação intersubjetiva e social por excelência, acentuando toda a riqueza, desafio e complexidade do processo investigativo”.

Haguete (2001) lembra, entretanto, que a entrevista embora se constitua como um processo de interação social entre duas pessoas que estabelecem uma atmosfera de influência recíproca, não anula o fato dos dois lados vivenciarem-na com objetivos diferenciados. O/a entrevistador/a busca dados para atingir seus objetivos e o/a entrevistado/a se apresenta como fonte de informação. A relação que se estabelece na realização da entrevista é assimétrica e o/a pesquisador/a precisa atentar para as interferências que podem ocorrer na comunicação.

Foram realizadas 19 entrevistas com profissionais que atuam nos dois grupos estudados e a escolha desses sujeitos ocorreu, seguindo os seguintes critérios:

- um/a integrante de cada categoria profissional nos dois grupos estudados, situação que contemplou 100% dos/as profissionais nas áreas de serviço social, fisioterapia, terapia ocupacional, farmácia, psicologia e nutrição.
- a participação regular do/a profissional nas reuniões e atividades da equipe;
- a manifestação espontânea do/a profissional para participar da entrevista;
- a composição do grupo de modo a contemplar tanto o segmento que atua na

área ambulatorial e na área hospitalar (no caso da instituição oncológica);

- o aceite do/a profissional.

Da categoria médica e de enfermagem que comportam um número maior de trabalhadores/as, a escolha dos sujeitos do estudo considerou, ainda, a indicação de colegas de trabalho.

Nessa perspectiva, foram entrevistados: um/a farmacêutico/a, um/a nutricionista, um/a fisioterapeuta, um/a terapeuta ocupacional, um/a psicólogo, dois/duas assistentes sociais, quatro enfermeiros/as, dois/duas técnicos de enfermagem, um/a médico/a residente e cinco médicos/as.

No que se refere aos usuários do serviço e/ou familiares, foram realizadas seis entrevistas contemplando as duas experiências. Duas entrevistas foram realizadas com os usuários na presença de um/a familiar, por solicitação dos/as mesmos/as e, em muitos momentos, o/a familiar complementou as informações. Nesses casos, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido os dois sujeitos.

As entrevistas elaboradas para utilização com os usuários foram adaptadas quando realizadas com familiares, bem como adequadas a realidade e condição de saúde de cada entrevistado/a no momento de realização. Cabe aqui esclarecer que a abordagem desses sujeitos colocou-se como limite da investigação na instituição oncológica. Por se tratar de pessoas com câncer em estado avançado, internados/as em enfermarias coletivas, com reduzida possibilidade de privacidade pelo fluxo constante de familiares, visitantes, profissionais e outros usuários, impossibilidade de afastamento do leito pela condição da doença, em determinados momentos, houve dificuldades para a aproximação da investigadora.

A condição desses sujeitos também, no momento inicial de coleta de dados, levou os/as profissionais a questionar a realização de entrevista, pela exposição.

Na equipe de atenção ao idoso, a dificuldade de captação de sujeitos para o estudo, também, apresentou dificuldades pela indisponibilidade de espaço físico para a entrevista no momento em que esse sujeito estava disponível, a ansiedade dos/as mesmos/as em sair da sala de espera e a idade avançada.

A dificuldade de realização dessa etapa da coleta de dados, no entanto, não acarretou prejuízo à pesquisa, uma vez que muitos aspectos puderam ser captados na

observação. A investigação desse segmento mostrou-se mais rica e produtiva pela observação, quando foi possível captar as relações profissional/usuário/familiar, atendendo, dessa forma as expectativas do estudo. Assegurando os preceitos éticos na investigação, a cada observação, usuários e familiares eram informados/as da presença da pesquisadora e do objetivo da observação.

As entrevistas, nos dois segmentos, profissionais e usuário/familiar, foram gravadas, mediante consentimento livre e esclarecido do/a entrevistado/a, assegurando o anonimato dos/as entrevistados/as.

As entrevistas realizadas com os/as profissionais foram transcritas e apresentadas ao entrevistado/a para validação dos dados. No caso específico dos usuários do serviço, os dados foram devidamente confirmados no momento das entrevistas, através da paráfrase, que constitui em repetir ao entrevistado/a aquilo que foi dito, confirmando sua resposta. Adotei esse procedimento uma vez que percebi, logo de início, a dificuldade de transcrever as entrevistas e retorná-las, pois, muitas vezes, o estado de saúde, e também o óbito do/a entrevistado/a, muito próximo à entrevista, não possibilitava o retorno aos/as mesmos/as. Outras vezes, a alta também limitava esse procedimento. Essa condição foi discutida com o/a entrevistado/a, e em comum acordo, se fez à confirmação dos dados no momento da entrevista.

A proposta de roteiro inicial das entrevistas (Apêndice 1 e 2) foi submetida à pré-teste antes da aplicação definitiva, não sofrendo alterações.

Por último, utilizei na coleta de dados, a **observação sistemática** (Apêndice 3). Vasconcelos (2002, p. 219-220) afirma que a observação, mesmo que informal e assistemática, é uma presença constante na coleta de dados. Defende sua utilização de forma sistemática na investigação de fenômenos complexos, salientando a importância de considerar que a observação sempre provoca alterações no comportamento dos fenômenos observados, exigindo uma análise mais crítica desses efeitos e do sentido das alterações. Segundo o autor, a observação precisa ser

cuidadosamente planejada e ter suas implicações sistematizadas e incluídas na própria análise do fenômeno. A interação entre o investigador e os atores sociais do campo de pesquisa constitui sempre, do ponto de vista do paradigma da complexidade, uma relação intersubjetiva e marcada pelos diversos atravessamentos institucionais, sociais, culturais, ideológicos e políticos. Entretanto, esses aspectos fazem parte de qualquer tipo de relação humana e, portanto, de qualquer investigação, e assim não podem ser eliminados. [...] os possíveis 'ruídos de informação', conflitos e

problemas devem ser interpretados e avaliados como importantes dados reveladores das estruturas e das relações de poder subjacentes aos processos e da própria dinâmica de investigação (VASCONCELOS, 2002, p. 219-220).

Articulada ao estudo documental e a entrevista, a observação sistemática tem por finalidade apreender as múltiplas articulações do objeto em estudo. A observação direta foi centrada no fazer dos/as trabalhadores/as, ou seja, na forma como organizam o trabalho, nas relações que estes/as estabelecem entre si, entre eles/as e a instituição, e entre eles/as e os usuários do serviço.

Constituiu-se na primeira etapa da coleta de dados quando busquei conhecer os serviços e estabelecer uma relação com os/as integrantes das equipes, tendo, entretanto, a observação permeado todo o processo de investigação, ou seja, também foi essa a última etapa a ser concluída.

Na observação sistemática do processo de trabalho, e especialmente da forma como está organizado, busquei uma maior aproximação com a realidade. Nesse sentido, realizei em cada grupo, pelo menos uma observação de cada uma das atividades centrais do mesmo, detendo-me mais nas atividades grupais, envolvendo o conjunto de profissionais e atividades grupais e, usuários e profissionais, respeitando as especificidades de cada grupo e a autorização dos/as envolvidos/as. O período de observação ficou delimitado entre agosto de 2005 e maio de 2006.

Foram observadas reuniões de equipes, reuniões com usuário, reuniões com familiares, sala de espera e atividades de educação em saúde, reuniões com familiares de portadores/as de Alzheimer; reuniões informais de profissionais, atividade de educação permanente, visita domiciliar; atendimento ambulatorial, procedimentos terapêuticos com pessoas internadas, dentre outros, somando um total aproximado de 120 horas de observação nos dois grupos estudados.

Para registro das observações, utilizei diário de campo e registro das informações. No momento da observação, registrei, diante dos sujeitos do estudo, as situações observadas, dando especial atenção às falas que traziam conteúdo de interação, articulação de saberes e fazeres, conflitos e outros. Imediatamente após a observação, esses registros foram desenvolvidos valendo-se da memória recente da pesquisadora, com a finalidade de obter uma versão o mais próxima possível da realidade observada. Posteriormente, esses dados foram complementados, quando da

lembrança de situações significativas.

Os **dados coletados** no estudo documental, nas entrevistas e na observação foram sistematizados a partir de categorias de análise previamente definidas, com o objetivo de guiar o olhar da pesquisadora para a temática investigada.

As **categorias organizadoras**, previamente definidas foram: a caracterização da experiência na instituição, a gestão e a organização do trabalho, a divisão do trabalho, as relações de trabalho, as relações com os usuários, os modos de comunicação na equipe e com o usuário, a realização pessoal e profissional com o trabalho desenvolvido, a percepção dos/as trabalhadores/as acerca do trabalho que desenvolvem e a percepção dos usuários acerca da assistência que recebem. Essas categorias contribuíram para a identificação de aspectos sobre a organização do trabalho, de modo a responder à questão de pesquisa e foram pensadas a partir do referencial teórico de análise – o materialismo histórico e dialético, bem como a perspectiva da complexidade. Serviram como guia para o estudo e para a definição das questões a serem abordadas, no entanto, foram reorganizadas e modificadas diante do material empírico.

Os dados do **estudo documental** foram organizados já na fase de coleta, quando a pesquisadora registrava os aspectos importantes identificados nos registros da instituição. Nos registros institucionais oficiais, busquei captar aspectos que esclareciam a situação da instituição, da equipe, da gestão do trabalho e da assistência prestada. Nos livros-ata das atividades das equipes foram avaliados os registros que abarcavam a identificação da situação vivenciada, os/as envolvidos/as na situação, os temas abordados, os debates realizados, a tomada de decisão e outros.

Busquei, nessa identificação, assimilar as diferentes situações que envolvem a relação da equipe, quais sejam: resolução de problemas administrativos e estruturais; atividades de educação e pesquisa, incluindo a educação permanente dos/as integrantes do estudo; estudo de caso; participação e realização de eventos na área e outras construções coletivas com ênfase na articulação e integração das ações.

Nas duas experiências estudadas, observa-se, em relação aos registros em atas, uma simplificação daquilo que foi discutido, em função da predominância de registros sintéticos e pontuais.

Na **instituição oncológica**, no livro-ata de reuniões da equipe, há a predominância absoluta do registro de tomada de decisão acerca da terapêutica proposta para o usuário, exames e, em alguns casos, marcação de reuniões com família. Em função do registro por tópicos fica prejudicada a análise das condições que levaram a tomada de decisão, bem como da participação dos/as integrantes do estudo.

As atividades de educação permanente são registradas em livro separado, no qual consta a atividade, o tema abordado e a assinatura dos/as participantes.

As reuniões/conferências com a família são registradas também em livro próprio, destinado a esse fim. Os registros são sintéticos, em sua grande maioria, não permitindo a real compreensão do debate ocorrido entre profissionais e familiares. Contemplam anotações gerais do tipo: “[...] explicou o quadro e sintomas apresentados no momento pelo paciente. Paciente fora de possibilidades terapêuticas, tratamento a partir de agora será para controle dos sintomas, visando à qualidade de vida” (DOCUMENTO INSTITUCIONAL Nº1).

Na experiência voltada para a **atenção aos idosos**, os registros nas atas dos primeiros dois anos de existência da equipe eram extremamente simplificados, não havia assinatura dos/as participantes na atividade, sendo que a identificação da equipe ocorria quando da citação de determinado/a profissional, no decorrer dos registros. Posteriormente a esse período, as anotações demonstram uma melhora qualitativa, as reuniões são assinadas pelos/as participantes, porém, ainda assim, muitas anotações permanecem registradas sob a forma de tópicos, não permitindo uma análise mais detalhada.

Na equipe gerontológica, os registros constam todos de um mesmo livro-ata. As anotações são diversificadas e concentram-se nas atividades educativas, de estágio, eventos, problemas administrativos, de estrutura física, realização de estudos, admissão de profissionais voluntários/as, projetos integrados com outros níveis do sistema de saúde, estudo de caso clínico. No estudo de caso, consta apenas a identificação do usuário, não há registro de condutas terapêuticas ou outras intervenções, sendo raras as exceções.

As informações coletadas nessa etapa do estudo foram submetidas, posteriormente, a leitura detalhada com o conjunto dos demais dados provenientes das

entrevistas e da observação, de modo a extrair desse confronto de informações as idéias centrais dos atores sociais envolvidos, a compreensão da dinâmica da equipe, dos problemas que a mobilizam, bem como outros aspectos importantes para a análise.

No processo de análise das **entrevistas**, primeiramente, procedi a leitura exaustiva dos dados coletados com os/as profissionais, de modo a dominar o conteúdo presente em cada entrevista. O mesmo processo aconteceu em separado com as entrevistas dos usuários do serviço e com os dados da observação sistemática.

A leitura exaustiva e repetida do material coletado, mantendo a relação com a experiência vivenciada em cada uma das equipes, possibilitou o que Minayo (1994, p. 235) coloca como “apreender as estruturas relevantes dos atores sociais”, as idéias centrais por eles/as transmitidas e “os momentos-chave de sua existência sobre o tema em foco”. Desse modo, foi possível estabelecer as categorias empíricas, que foram confrontadas com as categorias analíticas propostas pelo referencial teórico e buscar relações entre elas, em um movimento dialético e complexo.

Por fim, o material foi organizado de modo a contemplar a totalidade de comunicações dos atores sociais, estabelecendo-se, a partir daí, conjuntos homogêneos de comunicações ou unidades temáticas, considerando sua adequação aos objetivos da pesquisa. Foram construídos dois corpos de comunicações – as dos/as profissionais de saúde e a dos usuários do serviço, uma vez que esses grupos percebem e vivenciam o fenômeno a partir de pontos de vistas, muitas vezes, diferentes, fornecem informações específicas da situação, constituindo-se em grupos separados.

Procedeu-se, então, a leitura transversal destas comunicações agrupadas em separado – trabalhadores/as e usuários, recortando das entrevistas as unidades de registro e agrupando-as por temas com base no referencial teórico e na primeira percepção das categorias empíricas emergentes. O material passou, então, por uma segunda revisão quando foram destacados os temas mais relevantes considerando a percepção dos sujeitos do estudo, o referencial de análise e os pressupostos do estudo.

Esse mesmo processo foi aplicado com o material coletado nas observações. O material proveniente do estudo documental (atas) auxiliou na compreensão de determinadas situações presentes na observação e nas entrevistas. Em todo o processo da leitura e ordenação dos dados até a formulação das categorias finais de análise, o

olhar da pesquisadora esteve atento às diversas fontes de coleta de dados propostas pela triangulação, estabelecendo uma relação estreita com estes, de modo a compreender melhor o fenômeno estudado.

Por último, as categorias centrais foram agrupadas, foram definidas as categorias finais de análise e a interpretação se fez considerando os dados obtidos e a base teórica de sustentação do estudo.

A **análise dos dados** considerou: a compreensão dos/as trabalhadores/as acerca da organização do trabalho nos grupos interdisciplinares; a percepção dos usuários sobre a assistência que recebem e; os achados no estudo documental e os dados da observação sistemática. Foi realizada a partir da perspectiva do materialismo histórico e dialético e da perspectiva da complexidade, buscando apreender as semelhanças e diferenças de cada experiência concreta, bem como suas perspectivas particulares, pois compreendo que a trajetória interdisciplinar tem um movimento complexo e único em cada experiência dada.

A perspectiva de valorizar cada experiência particular, não negligencia uma visão mais global dessas experiências, suas inserções no plano global das instituições, do SUS, da sociedade e da produção do conhecimento, apenas constitui-se em um recorte do todo, para fins de estudo. Busca apontar os avanços dessas práticas em relação ao modelo hegemônico de produção de conhecimento e da prática em saúde, porém, sem “dar receita”, uma vez que falar em complexidade e interdisciplinaridade pressupõe a construção de cada experiência a partir de uma dada realidade histórica, de sua concretude.

Esclarecendo o caminho metodológico proposto para a análise e interpretação dos dados, Vasconcelos (2002, p. 142) destaca que

a investigação de fenômenos como processos complexos se dão numa perspectiva epistemológica que compreende os fenômenos sociais, humanos e da saúde através do paradigma da complexidade, de forma dialética, como processos complexos. Isso significa que constituem fenômenos multideterminados, multidimensionais e em interação com seu contexto, frutos de conflitos e contradições, em processo ininterrupto de transformação, e sempre articulados a interesses, sentidos e significações múltiplas. Embora em uma pesquisa seja necessário focalizar o problema de forma mais precisa este apresenta sempre aspectos relacionados com toda a organização e a sociedade em que se localiza. A elucidação do problema sempre se dá considerando seu caráter aproximativo e inacabado de interpretação e ação transformadora, por isso exige uma contextualização mais ampla.

Ainda, segundo o referido autor, a opção pela abordagem complexa se coloca em um caminho que pode apresentar “imprevistos, incertezas e desconhecimentos parciais, para os quais não podemos adotar uma estratégia metodológica que imponha obstáculos para o conhecimento novo” (VASCONCELOS, 2002, p. 144). Nesse sentido, muitas vezes, é necessário rever nossas posições e entendimentos iniciais ao longo da pesquisa, realizando reformulações, reconsiderando as impressões.

Acerca disso, Becker citado por Vasconcelos (2002, p. 144) salienta que

a análise é realizada concomitantemente a coleta de dados, permitindo ao investigador ‘refazer sua cabeça’, levantar constantemente novas hipóteses, referenciá-las e aprofundá-las com a discussão teórica, e construir ou observar análises e verificações dessas hipóteses até mesmo no dia seguinte, gerando uma espiral de conhecimento original e criativo.

Com esse olhar sobre o fenômeno interdisciplinar no processo de trabalho, apresento, afinal, os resultados deste estudo, que pretende uma elaboração teórica acerca das potencialidades e limites presentes nas práticas interdisciplinares, com vistas a novas formas de organização do trabalho em saúde que contemplem aspectos de satisfação para trabalhadores/as e uma assistência de qualidade. Constitui-se em uma elaboração sempre provisória da realidade, resultante da pesquisa que empreendi, e, portanto de minha responsabilidade. Traz nela minha visão de mundo, bem como minha percepção acerca do fenômeno estudado.

O estudo seguiu as diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos (RESOLUÇÃO 196/96 do CNS/MS), incluindo a utilização de consentimento livre e esclarecido (Apêndices 4 e 5) com prévia autorização para gravação das entrevistas e observação.

Atendendo à perspectiva do anonimato dos sujeitos, foram extraídas das falas as referências que porventura viessem a identificar os/as informantes.

Os/as profissionais foram identificados/as pela letra inicial da profissão, ou combinação de letras, quando necessário. Estão referenciadas no texto em letras minúsculas, seguidas de uma numeração, quando da existência de mais de um/a profissional de uma mesma categoria funcional e da sigla da equipe em que atua.

Assim, médicos/as foram identificados com a letra “m”, 1, 2, 3, 4, 5, 6, mais a sigla da equipe: EG (Equipe Gerontológica) e ECP (Equipe de Cuidados Paliativos).

Da mesma forma os/as demais profissionais: “e” – enfermeiros/a; “te” – técnicos/as de enfermagem; “to” – terapeuta ocupacional; “as” – assistente social; “fr” – farmacêutico/a; “fs” – fisioterapeuta; “nt” – nutricionista; “ps” psicólogo/a.

Os usuários e os familiares foram identificados da mesma forma: us (usuário), e fm (familiares), seguidos de numeração e referência à equipe em que são atendidos/as.

Considerando a preocupação de alguns/as profissionais com a apresentação final dos resultados, quando poderiam ser identificados na instituição, uma vez que eram os/as únicos representantes de determinada categoria, em poucos casos foram retiradas as identificações, quando as falas apresentavam conteúdo importante para a interpretação dos dados, porém poderiam comprometer os/as profissionais diante das equipes.

Foram extraídas ainda das comunicações, palavras que caracterizam vícios de linguagem, e utilizados colchetes, quando da supressão de trechos das falas dos/as entrevistados/as, e, também, quando da inclusão de palavras minhas, necessárias para o entendimento do texto.

Atendendo as exigências relacionadas à realização de pesquisas com seres humanos, foram encaminhadas às instituições, solicitação para pesquisa (Apêndice 6). A presente proposta foi encaminhada e aprovada pelos Comitês de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, e, também, os comitês de ética dos hospitais onde o estudo foi realizado, antes do início da coleta de dados.

CAPÍTULO IV - CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES E DAS EQUIPES INTERDISCIPLINARES

A caracterização das equipes interdisciplinares de saúde acontece tomando cada uma delas de uma perspectiva singular com toda a sua complexidade de relações e práticas. Uma totalidade complexa constituída e constituinte de totalidades mais amplas: o trabalho institucional no setor saúde, em uma sociedade concreta e histórica. Assim, embora cada equipe analisada comporte informações singulares, comportam também, informações da totalidade na qual se inscrevem.

Sendo a perspectiva deste estudo a análise das experiências interdisciplinares e suas potencialidades no campo da saúde para a construção de Novas Formas de Organização do Trabalho (NFOT), é a partir das referências, acerca do processo de trabalho em saúde na sociedade atual, das condições objetivas e subjetivas sob as quais este trabalho se realiza, que as equipes são caracterizadas.

O trabalho das equipes interdisciplinares é analisado em relação ao contexto do trabalho em geral na sociedade, com o modo como essa sociedade produz e reproduz a vida material e social. Busca-se apreender seu potencial para a construção de NFOT a partir das políticas públicas de saúde, da gestão e da organização macro e micro social do trabalho em saúde, bem como do conhecimento em saúde disponível e das condições objetivas para sua aplicação. Considera-se, nessa trajetória, o potencial de organização dos/as trabalhadores/as para produzir as mudanças estruturais nos macro espaços sociais e em especial nos micro espaços de trabalho em saúde, sendo que a concepção interdisciplinar e as NFOT podem contrapor-se ao modelo hegemônico de produção do conhecimento e de organização do trabalho na sociedade.

Assim sendo, é necessário recuperar os cenários em que as experiências se realizam, tanto do plano mais global da sociedade, dos modos de produção e das políticas e serviços de saúde até o plano mais concreto e visível em que estão inseridas – as instituições e as relações aí implicadas na produção de serviços de saúde. Relações que ocorrem a partir da perspectiva de muitos sujeitos, dentre eles/as trabalhadores/as e

usuários do serviço e de suas inter-relações com o social.

Nessa perspectiva, desde a caracterização, mantém-se uma relação articulada usuário/trabalhador/instituição-experiência de trabalho, uma vez que as duas equipes interdisciplinares estudadas possuem características próprias, tanto no que diz respeito à organização do trabalho no contexto institucional de saúde, como na vivência da situação por usuários e trabalhadores/as.

A partir das singularidades de cada contexto, buscam-se então, os elementos de aproximação e distanciamento que caracterizam o exercício do fazer interdisciplinar com a construção de NFOT. Identifico, para esse processo, os princípios tayloristas/fordistas de organização do trabalho e suas nuances no trabalho em saúde; as principais características das “novas formas”, verificando nas experiências estudadas o “novo”, que se aproxima das NFOT, e, conseqüentemente, se afastam do modelo taylorista/fordista.

O debate no setor saúde e as lutas sociais por mudanças, em andamento desde a década de 80, culminaram com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1988, e têm provocado mudanças significativas na gestão e organização das instituições públicas de saúde. São mudanças que afetam o financiamento dos serviços, as áreas assistenciais prioritárias, segundo níveis distintos de complexidade, exigindo a reorganização dos serviços com base na descentralização e na distribuição de recursos financeiros, segundo a lógica de municipalização da atenção à saúde nos níveis primário, secundário e terciário.

Nesse contexto, estão a Equipe Gerontológica e a Equipe de Cuidados Paliativos. Ambas estão situadas em dois hospitais públicos de referência, em um estado da região sul do Brasil, e nos últimos anos vêm se adequando às políticas de financiamento em suas respectivas áreas de atenção, bem como ao espaço que lhes é reservado na organização dos serviços de saúde.

4.1 COMPOSIÇÃO E TRAJETÓRIA DAS EQUIPES PROFISSIONAIS E PERFIL DOS SUJEITOS INTEGRANTES DO ESTUDO – TRABALHADORES/AS E USUÁRIOS/FAMILIARES

Analisando as equipes de Gerontologia e de Cuidados Paliativos, observa-se que

as mesmas apresentam composição diferenciada no que diz respeito à inserção das profissões da área da saúde.

A equipe de cuidados paliativos possui uma maior diversidade de profissões. Atuam diretamente nas atividades assistenciais: assistente social, médicos/as, enfermeiros/as, técnicos/as de enfermagem, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista e farmacêutico/a.

Na equipe de gerontologia atuam médicos/a contratados/a pela instituição e médicos/as voluntários/a, enfermeiro/a, assistente social e psicólogo/a voluntário/a. Outras categorias profissionais atuam no grupo voluntariamente, como, por exemplo, profissional de educação física, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo/a. Estes/as últimos/as realizam atividades eventuais quando solicitadas pela equipe.

A diferença na composição das equipes acontece mais por conta das limitações institucionais que pela necessidade dos usuários e da equipe. A equipe de cuidados paliativos, por exemplo, considera fundamental a integração do/a profissional psicólogo/a, dadas as especificidades do serviço e as necessidades dos/as próprios/as trabalhadores/as, que vivenciam diariamente o sofrimento e a morte de usuários, e os dilemas das decisões assistenciais voltadas para o usuário sem possibilidades terapêuticas. Essa equipe já contou com psicólogo/a em determinado momento, porém, com a transferência do/a profissional para outra área da instituição, não houve reposição para a área de cuidados paliativos. Há muito tempo, a equipe reivindica a contratação desse/a profissional, mas não conseguiu sensibilizar os dirigentes institucionais.

Psicólogo? E não é por falta de reivindicação. E por que não tem? Porque a direção não está aqui, a gente não tem esse retorno. É um contra-senso. [...] nós temos 20 e tantos cirurgiões contratados e nem tem centro cirúrgico aqui. Há um descompasso. [...] Não tem uma gestão participativa, não sabe da real necessidade e daí fica difícil a tomada de decisão. À distância. A gestão tem boa intenção, mas não tem conhecimento (fr/ECP).

A equipe gerontológica, além dos problemas que enfrenta com a falta de profissionais médicos/as para a atenção ambulatorial e com a dependência do trabalho voluntário, apresenta uma defasagem importante no que diz respeito a outros/as profissionais fundamentais para a atenção ao idoso, como é o caso da fisioterapia, da terapia ocupacional e outros. Até o ano de 2004, contava com nutricionista, porém com

o afastamento do/a profissional por problemas de saúde não houve reposição e a atenção nutricional foi suspensa.

O maior problema é pessoal porque nós temos hoje poucos médicos, um enfermeiro, uma assistente social. Nutricionista nós não temos. [...]. Muitos médicos que trabalham conosco são voluntários. Nós temos uma psicóloga que trabalha conosco há quatro anos e que é voluntária. Isso dificulta. [...] os idosos precisam ser vistos de forma interdisciplinar (e4/EG).

Nós não temos terapeuta ocupacional, não temos fisioterapeuta (m5/EG).

No que diz respeito aos sujeitos do estudo, nas duas equipes interdisciplinares a amostra ficou composta por: médicos/as, enfermeiros/as, técnicos/as de enfermagem, nutricionista, assistentes sociais, fisioterapeuta, farmacêutico/a, psicólogo/a e terapeuta ocupacional (QUADRO 2), constituindo um grupo formado por 19 profissionais (14 mulheres e 5 homens).

Quadro 2: Caracterização dos/as profissionais por formação em nível de pós-graduação, tempo de profissão, tempo na equipe estudada e natureza da instituição/universidade formadora

Profissão	Formação (Pós-Graduação)	Tempo profissão em anos	Tempo na equipe em anos	Natureza da Instituição / Universidade Formadora
Enfermeiro	Especialização	13	8 anos	Pública Federal
Enfermeiro	—	10	9 anos	Pública Federal
Enfermeiro	—	14	9 anos	Pública Federal
Enfermeiro	Especialização	21	5 anos	Pública Federal
Técnico de Enf.	—	28	18 anos	Escola privada de 2º grau
Técnico de Enf.	Graduação em curso	10	9 anos	Escola privada de 2º grau
Médico	Residência médica e especialização	23	18 anos	Pública Federal
Médico	Residência médica	13	9 anos	Pública Federal
Médico	Residência	12	8 anos	Pública Federal
Médico	Residência médica	2	2 anos	Pública Federal
Médico	Especialização e mestrado	28	18 anos	Pública Federal
Médico	Especialização	27	6 meses	Universidade Privada
Farmacêutico	Especialização e mestrado em curso	16	10 anos	Pública Federal
Psicólogo	Especialização e Mestrado	18	4 anos	Universidade Privada
Nutricionista	—	21	6 anos	Pública Federal
Fisioterapeuta	Especialização e Mestrado	07	5 anos	Pública Estadual
A. Social	Especialização	09	6 anos	Pública Federal
A. Social	Especialização	20	15 anos	Pública Federal
T.ocupacional	—	27	5 anos	Universidade Privada

Fonte: entrevistas do projeto de estudo, 2005/2006.

Dezessete sujeitos possuem formação universitária e integram uma das carreiras de nível superior na instituição em que atuam. São formados/as, predominantemente, por Universidades Públicas Federais. Dois profissionais têm formação técnica de nível médio por escola particular reconhecida em âmbito estadual.

Quanto à formação em nível de Pós-Graduação, doze profissionais de nível superior possuem especialização, realizadas em cursos formais ou como resultado de residência médica; três destes/as possuem também curso de mestrado concluído e um/a encontra-se em fase de conclusão; um/a profissional encontra-se no 2º ano de residência médica e; um/a profissional técnico/a de enfermagem está em formação universitária no momento atual.

No que se refere ao tempo de profissão, entre os/a profissionais há uma variação de 7 a 28 anos de trabalho.

Quanto ao tempo de atuação na equipe interdisciplinar, observa-se que três sujeitos do estudo estão na equipe temporariamente, um/a em função da residência médica, e outros/as dois/duas em trabalho voluntário. Entre os/as trabalhadores/as com vínculo empregatício, onze estão na equipe por um período entre 6 e 10 anos e cinco por um período superior a 10 anos.

Quinze profissionais são vinculados às instituições em que estão inseridas as equipes interdisciplinares por concurso público e; dois trabalhadores/as são contratados/as pela Secretaria de Estado da Saúde como celetistas, sem estabilidade no emprego e dois profissionais atuam como voluntários/as nas equipes.

Quanto aos vínculos empregatícios, oito sujeitos possuem apenas o vínculo com as instituições em que se realiza o estudo; seis atuam em clínica ou consultório privado, entre eles/as médicos/as, enfermeiro/a, técnico/a de enfermagem e nutricionista da equipe de cuidados paliativos. Estes/as últimos/as atuam em uma clínica particular onde vivenciam uma experiência similar a da instituição oncológica. Dois profissionais atuam em instituição universitária na condição de docente e dois profissionais voluntários/as têm atuação remunerada em outros locais.

Alguns/as integrantes do estudo, nas duas experiências, participaram da formação do serviço e da equipe desde seu surgimento na década de 80. Nesses casos, observa-se que a história pessoal e profissional desses sujeitos se confunde, muitas

vezes, com a história da própria equipe, tornando-os fontes privilegiadas para análise dos fatos e ocorrências que marcaram a trajetória da instituição e da equipe.

1987 [...]. Era lá no *hospital* ainda. [...] Fui trabalhar na diluição, na administração [de medicamentos]. Éramos eu e a enfermeira, nós fazíamos tudo. Diluíamos, administrávamos, puncionávamos, fazíamos curativos, éramos a farmácia, tudo. [...] Era subordinado ao *hospital* [...]. E depois a [médica] saiu para fazer a especialização no Canadá e quando ela voltou foi que começaram os cuidados paliativos. [...] Começaram a vir outros funcionários para ficar na diluição e tal. Na verdade isso foi depois que a *instituição* mudou, porque antes a gente ficava ali atrás da *maternidade* e ainda fazia tudo. Começou a ter o serviço lá da quimioterapia e passamos a fazer parte do serviço de cuidado paliativo. Separou as coisas (te1/ECP).

Formei-me em 1986. Já nem sei mais. Fiquei ainda 2 anos na enfermagem e depois é que eu mudei. [O Núcleo] se formou em 1988, então 1989, 1990 [...] eu trabalhava na enfermagem, fiz ascensão e passei. Era técnica de enfermagem. Trabalhei em pediatria, clínica médica, centro cirúrgico. [Como assistente social] fiquei um tempo na pediatria e depois fui para a cirúrgica. E neste tempo [...] me convidaram para atuar junto com a terceira idade. Achei legal a idéia de trabalhar com grupos nos ambulatórios e comecei a trabalhar com eles. [...] Foi uma caminhada desde lá, do início. [...] Nós começamos com conquistas [...], resolvemos criar a sala de espera, porque os pacientes aguardavam nos corredores e ficavam naquela ansiedade, não sabiam se o médico tinha chegado ou não. A gente escutou a experiência de uma assistente social que fazia este tipo de trabalho, de sala de espera. [...] Achamos legal a idéia e resolvemos implantar. Na época, não era nesta salinha. A gente desmontava um consultório e fazíamos ali. Eles aguardavam as consultas naquele consultório [...]. A gente foi conquistando. Conquistou o espaço, que hoje é o nosso QG (as2/EG).

Uma primeira aproximação em relação aos sujeitos do estudo diz respeito à identidade com o serviço público, com a atividade assistencial e com o trabalho interdisciplinar. Nesse sentido, suas falas refletem satisfação com o trabalho e com a instituição, embora não estejam alheios/as aos problemas existentes.

Ah! Eu sou suspeita. Eu acho excelente. Eu por mim só trabalharia aqui. Eu tenho clínica, mas tudo o que eu gosto de fazer é relacionado à *instituição*. É um carinho. A gente, é lógico, tem outras coisas porque precisa buscar outros caminhos, até pela remuneração e tudo isso, mas eu acho excelente, eu me sinto plenamente realizada como médica, como profissional e como pessoa. A instituição tem um olhar pra gente. É claro que cada gestão tem uma característica, eu sou extremamente crítica e não concordo com muitas coisas, mas isso não quer dizer que a instituição não seja boa. São os momentos que a instituição vive (m1/ECP).

Positivos são todos. Acho que é tudo de bom! Acho que todos os trabalhos deveriam ser assim (as2/EG).

Trazendo a trajetória da formação da equipe e da criação do serviço, os/as integrantes do estudo avaliam que a equipe interdisciplinar do Serviço de Cuidados Paliativos surgiu como razão mais imediata, em resposta a necessidades de intervenção em sintomas como a dor, que acomete pessoas em tratamentos prolongados.

Eu me formei, fui para a Argentina e fiz clínica médica. [...] lá eu me encantei com os pacientes de oncologia, porque eu gosto muito de lidar com os pacientes. Eu tinha que fazer uma coisa que tivesse contato com o paciente, com a família, com a equipe, que é o meu jeito mesmo. Voltei [...] dois anos e meio depois, fiz a prova de residência [...], passei, e logo me tornei oncologista. Logo que eu comecei a trabalhar a gente detectou que havia alguma coisa errada. A gente fazia quimioterapia, mas na verdade os pacientes sofriam muito, principalmente naquela época, já faz 20 e poucos anos. Vomitavam muito, tinham muita dor e aquilo era uma coisa supérflua, as pessoas não se importavam. Resolvi ir aos Estados Unidos, a um Congresso de Oncologia e lá eu conheci uma pessoa [do Canadá] que fazia suporte oncológico, cuidados paliativos. [...]. Foi em 87, 88 e combinei com ele que eu voltaria depois que eu já estivesse trabalhando, [...] pra fazer uma especialização em suporte oncológico e cuidados paliativos. Voltei, fiquei dois anos no Canadá e quando retornei [...] fui chamada, [...] a *instituição* estava passando uma série de transformações. [...] Coloquei como fator para retornar, que eu pudesse [...] implantar esse trabalho ou então procuraria outra instituição. [...] Aceitaram e começamos primeiro a fazer uma clínica de dor, uma coisa muito modesta, [...] de corredor, mas que foi crescendo. As pessoas foram vindo que era importante e logo depois [chegou-se a] cuidados paliativos com a equipe (m1/ECP).

O surgimento da equipe de cuidados paliativos¹⁰, ao final da década de 80, tem relação com a mudança de perfil de morbidade da população com incremento nas estatísticas das doenças crônico-degenerativas, cardiovasculares e do câncer; e, do avanço tecnológico e da utilização de meios diagnósticos, da descoberta e acesso a medicamentos e outros que possibilitam o tratamento de doenças oncológicas, resultando no aumento da perspectiva de vida das pessoas com essa condição de morbidade.

A assistência em cuidados paliativos coloca-se como uma alternativa na atenção ao câncer avançado, em uma realidade em que o ensino, especialmente na área médica, está mais voltado para o tratamento e a cura das doenças, a utilização de todo um arsenal técnico-científico, com pouca atenção para as situações em que a “doença

¹⁰ Segundo Pessini (2005, p. 108-109), em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o conceito de cuidados paliativos como sendo “o cuidado ativo total de pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo”. Através do cuidado paliativo, a atenção a problemas como dor e outros sintomas e dificuldades de origem psicológica, espiritual e social são definidos como prioritários e tem por objetivo melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares. Posteriormente, em 2002, esse conceito é ampliado, dando ênfase a prevenção do sofrimento. O conceito de cuidados paliativos fica então assim definido pela OMS: “é uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual”. Para o autor, cuidado paliativo significa antes de tudo, uma filosofia de cuidados que pode ser aplicada tanto em contextos institucionais como em outros contextos, como, por exemplo, o domicílio. Esse tipo de cuidados não se diferencia de outras formas de cuidado de saúde, devendo ser integrado aos currículos dos cursos da área da saúde, uma vez que cuidados paliativos e medicina curativa não são incompatíveis entre si, ao contrário, são abordagens complementares, que podem auxiliar-se mutuamente. A filosofia de cuidados paliativos, dada a sua definição e a complexidade dos problemas envolvidos de atenção à saúde, identifica-se com uma proposta de trabalho interdisciplinar.

prevalece sobre a saúde” (SAKAMOTO, 2005, p. 124).

A filosofia de cuidados paliativos foi introduzida no contexto da atenção à saúde institucionalizada por Cicely Saunders, na década de 60, no St. Christopher’s Hospice na Inglaterra e difundiu-se por vários pontos do mundo, chamando a atenção de profissionais que atuam na assistência aos doentes oncológicos, especialmente pelo sofrimento causado pela dor oncológica (PESSINI, 2005).

Na instituição estudada, a formação da equipe de cuidados paliativos ocorre por esse caminho e a constituição da equipe acontece a partir de um/a profissional articulador/a, que tendo buscado formação na área e com os meios disponíveis, sensibiliza outros/as profissionais que vivenciam o mesmo problema.

A instituição tinha recém mudado do porão da maternidade, tinha ido para aquele prédio na frente [...]. Eu fui conhecer o local em que eu faria futuramente a minha residência. A atuação do residente em oncologia era no ambulatório. Lá [...] tomei contato com a médica X. Eu fui ver exatamente o que ela fazia. Descobri que não fazia somente oncologia, [...] fazia um tipo de acompanhamento, tinha uma visão em relação ao paciente oncológico que era chamada de cuidados paliativos. [...] Não tinha toda essa abordagem, esse recurso que tem hoje. Filosoficamente era a mesma coisa, mas o recurso era bem menor. Era bem concentrado na dor do paciente. E em função da minha experiência como estudante eu via que a dor era sempre um problema enorme, eu me exasperava com os pacientes [que] reclamavam de dor e a gente não tinha meios pra controlar esse sintoma. [...] Às vezes muita dor. Faltava o conhecimento, faltava alguma coisa para que você pudesse ser resolutivo naquilo. E ela justamente abordava essa questão da dor, e conseguia isso muito bem. Com os meios disponíveis, mas era uma questão de filosofia, uma visão diferente do problema. Eu fui me envolvendo com isso, cada vez mais, mais e mais [...]. Fui tomando conhecimento da coisa, fui me agradando daquilo e devagar eu fui me decidindo [...] aos poucos eu estava totalmente envolvido (m2/ECP).

A inserção de outros/as profissionais ao projeto tem diversas motivações. Em alguns casos acontece por adesão, por terem recebido uma formação universitária voltada para a área oncológica, como é caso do/a fisioterapeuta e de um/a enfermeiro/a. Em outros casos, acontece pela procura por uma oportunidade de realizar um trabalho mais satisfatório que suas experiências profissionais usuais, pela procura por horários de trabalho mais satisfatórios, ou ainda, em função de esquemas internos de rodízio de pessoal entre unidades de trabalho.

Eu fiz toda uma faculdade voltada para essa área, para trabalhar com câncer de mama que eu gosto muito. Eu fazia trabalho voluntário na instituição, fiquei dois anos como voluntária e depois comecei a trabalhar (fs/ECP).

Essa questão do paciente crônico, do paciente com câncer, o paciente idoso. Meu trabalho de conclusão de faculdade foi nesta área (e1/ECP).

Trabalhei 10 anos no andar cirúrgico [...]. E ganhei vir para a instituição. [...] Eu queria fazer um horário comercial e consegui (te1/ECP).

Trabalhei dois anos na onco-hematologia. Aprendi a lidar com a quimioterapia, [...], depois começaram a fazer rodízio. [...] Chorei muito porque eu adorava trabalhar em onco-hematologia e achava que não ia me adaptar aqui. [...] Olhava para o paciente [...] eu nunca tinha me deparado com isso. [...] Fui criando coragem [...] e o pessoal dizia: tu vai te acostumar aqui. [...] Hoje em dia graças a Deus, eu trabalho com o paciente, com a família. Foi um desafio muito grande pra nós (te2/ECP).

Na área médica, a opção pela especialidade de oncologia levou os/as profissionais a manterem contato com cuidados paliativos e a optar pela atuação na equipe. O curso de medicina não propicia esse contato durante a graduação. Na residência em oncologia existia uma pequena passagem pelo Serviço de Cuidados Paliativos, o que fez os/as profissionais aproximarem-se da área. Cabe dizer que até os dias atuais, a residência médica funciona dessa maneira, embora os cuidados paliativos venham ganhando um espaço maior no plano de residência em oncologia, bem como, tem passado a fazer parte oficialmente desta residência.

Ao final do internato [em] Ginecologia e Obstetrícia. Isso incluía [...] o cuidado na enfermaria de oncologia ginecológica, [...] uma parte de ovário, mama e colo uterino. [...] Nessa época por pura coincidência, estava fazendo esse acompanhamento e a médica X estava voltando do Canadá, [...] se reinstalando na *instituição*. Eu tive meu primeiro contato com ela. E por coincidência também um colega meu do internato [...] estava com idéia de fazer residência em oncologia. E aí, só por este detalhe, a oncologia me chamou a atenção. Eu nunca tinha pensado nisto. [...] “Puxa vida que interessante. Tem aquela médica que cuida dos pacientes oncológicos, que tem uma abordagem tão interessante, tão bacana com os pacientes”. E eu não preciso contar que eu fui muito mal visto na minha turma. As pessoas ficaram espantadas: o que? Oncologia? Você vai trabalhar com câncer? Isso é o fim. Você vai se formar e vai acabar com sua carreira logo em seguida. Isso é o túmulo da medicina. Isso só me deixou mais curioso ainda. Não pode ser assim, que é isso. É só uma especialidade. A gente muda muito no decorrer do curso de medicina. Eu entrei, a princípio, querendo fazer uma especialidade cirúrgica. No final acabei não fazendo cirurgia coisa nenhuma (m2/ECP).

Quanto à equipe interdisciplinar de gerontologia, essa foi reconhecida como Grupo Interdisciplinar de Gerontologia no ano de 1988, no bojo das propostas de criação de Núcleos de Terceira Idade nas Universidades brasileiras. Nessa mesma década, foi criado na Universidade em que está inserido o hospital universitário e a equipe gerontológica, um Núcleo da Terceira Idade.

Em 85 eu estava conversando com o médico X, que eu gostava muito de tratar com idosos. [...] Eu tinha uma ligação que eu precisava melhorar, quando acabei a graduação não tinha geriatria no Brasil. Nós somos da primeira geração de geriatras [...]. Eu comecei a ver que tinha muito velho, quando eu vim pra cidade, lá no

hospital D. Tinha uma enfermaria [que] só internava velhinhos. [...]. Daí o médico X me disse: tem o NETI [...]. A senhora Y [coordenadora do NETI] foi à minha casa e deixou um convite na caixa de correspondência. Comecei a ler e resolvemos formar um grupo no hospital, que inicialmente foi um braço do NETI [Núcleo de Estudos da Terceira Idade]. Criamos o *Grupo* e tínhamos uma enfermeira, um médico e uma assistente social. Agregou a nutricionista e o psicólogo. Nós não sabíamos como colocar esse *Grupo*. Na época o diretor disse: vamos colocar como um grupo, nós ficamos subordinados a direção geral. Não sei se foi na direção do médico Y, ele começou a implicar que [grupo] não existia dentro do hospital, aí nós criamos o núcleo (m5/EG).

Em 1991 o Grupo Interdisciplinar de Gerontologia passou a condição de Núcleo de Pesquisa Interdisciplinar em Gerontologia. O serviço é considerado de referência estadual na atenção ao idoso. Funciona em parceria com diversas unidades da referida Universidade, em especial o Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, Centro de Desportos e Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI). As diversas iniciativas em prol da saúde do idoso funcionam de forma independente e em sistema de colaboração entre eles.

O NETI existia bem antes de nós. [...] Seria assim, a nave mãe. [...] São independentes [as diversas iniciativas]. Nós servimos de apoio para a Terceira Idade na área da saúde. [...] O nosso pessoal vai lá dar aulas no curso de monitores e no curso de especialização. Às vezes eles precisam de assistência para alguns alunos deles, em especial. A gente dá a cobertura. [...] Eles nos dão bolsa para a equipe fazer [curso de] gerontologia na Terceira Idade. O Centro de Desportos também nasceu da Terceira Idade, mas são independentes. Grupo de Alzheimer e o de Parkinson [...], quem toca mais é o pessoal de enfermagem. Nós damos o apoio logístico, a equipe trabalha junto, mas a coordenação não é do Núcleo (m5/EG).

A história de criação de serviços de atenção a pessoas da terceira idade é resultado, dentre outros fatores, do crescimento populacional dessa faixa etária pelo aumento da expectativa de vida em âmbito mundial, exigindo políticas amplas de inserção desse grupo na vida social. Nos serviços de saúde, observa-se o fenômeno chamado de “geriatrização da medicina”, pela demanda de cuidados de saúde exigidas por esse segmento populacional. Tal fenômeno chama a atenção de profissionais enquanto campo de atuação e, também, por estarem as diversas especialidades cada vez mais sujeitas a ter que intervir nesse grupo populacional. Esses fatores aproximam profissionais da área de gerontologia e geriatria e é por este caminho que muitos/as profissionais chegaram à equipe gerontológica.

E existe uma coisa que é o fenômeno [...] da geriatrização da medicina, que [é] só passar no corredor, lá no outro, que não tem nada a ver com a terceira idade, [você] vai ver que cada vez é maior o número de idosos que procuram o *hospital*. Vocês vêem nas enfermarias. Na ginecologia [...] (m5/EG).

Quanto à composição do grupo de usuários e familiares que participaram do estudo, podemos observar no QUADRO 3, a formação do grupo quanto a condição do entrevistado (usuário/familiar), idade, profissão e município em que reside.

Quadro 3 - Caracterização dos usuários/familiares entrevistados segundo instituição, idade, profissão/situação profissional e município de residência.

Entrevistado Equipe	Idade	Condição do entrevistado/relação de parentesco com usuário	Profissão /condição atual	Residência atual
(us1/ECP)	50	Usuária	Professora de Ed. Física aposentada da Previdência Social	Capital do Estado
(fm1/ECP)	44	Acompanhante (filha)	Professora	Interior do estado
(us2/ECP)	53	Usuário	Servente de pedreiro/ em auxílio doença/ Previdência Social	Interior do estado
(us3/EG)	67	Usuária	Do lar	Capital do estado
(us4/EG)	71	Usuária	Do lar	Capital do estado
(us5/ECP) (fm2/ECP)	59	Usuária/ Acompanhante (esposa)	Motorista de ônibus aposentado pela Previdência Social Do lar	Cidade vizinha a capital do estado

Fonte: entrevistas do projeto em estudo, dezembro de 2005.

4.2 A INSTITUIÇÃO ONCOLÓGICA E A EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Trata-se de uma instituição de saúde situada em um estado da região sul do país. Pertence à esfera do Serviço Público Estadual e presta atenção à população estadual na área de prevenção, tratamento e reabilitação de doenças oncológicas. É administrada desde 1994 em parceria com uma fundação privada, dotada de autonomia administrativa e financeira sem fins lucrativos; é considerada de referência em pesquisa e tratamento oncológico na região.

O Serviço de Cuidados Paliativos no qual se insere a Equipe de Cuidados Paliativos, objeto deste estudo, faz parte da instituição oncológica e desenvolve uma proposta de atenção a pessoas com doença oncológica avançada, desde a segunda metade da década de 80.

A proposta de atenção em Cuidados Paliativos integra desde a atenção domiciliar, através de um Programa de Internação Domiciliar (PID), atenção

ambulatorial e hospitalar. Tem por objetivo a “melhoria da qualidade de vida de pacientes com câncer avançado através da **assistência global** (grifos nosso), visando o controle da dor e de outros sintomas e o suporte social, psicológico e espiritual” (DOCUMENTO INSTITUCIONAL N.º. 2)¹¹.

4.2.1 A inserção no sistema de saúde; a estrutura institucional de serviços e de recursos humanos; o financiamento das ações de saúde e as condições de trabalho institucional

A instituição possui na atualidade, uma área dedicada à atenção ambulatorial, um Hospital de Apoio às áreas de onco-hematologia clínica e cuidados paliativos; e, uma unidade de Transplante de Medula Óssea (TMO), esta última instalada em um hospital geral da rede da SES. Possui, também, unidades descentralizadas para atendimento de doenças oncológicas em cidades estratégicas do estado em que está inserida.

Desde a sua fundação até os dias de hoje, a instituição vem passando por diversas ampliações, tanto no que diz respeito à estrutura física, serviços oferecidos e outros. Inicialmente, funcionava em anexo a um hospital da Secretaria de Estado da Saúde (SES). Em 1996, foi re-inaugurada e ampliada, passando a contar, além da área ambulatorial, com o hospital de apoio, no qual foi instalada a base do serviço de cuidados paliativos. A unidade hospitalar de pequeno porte com 43 leitos subdivididos em 2 unidades – oncologia clínica e oncohematologia, e cuidados paliativos, abrigou até 2005, também o Programa de Internação Domiciliar (PID), hoje funcionando na área ambulatorial.

Em fevereiro de 2005 foi ativado parcialmente, o complexo oncológico, que comporta a área de atendimento ambulatorial (consultas, quimioterapia ambulatorial e outros serviços). Nesse espaço, funcionam, de modo integrado, o atendimento ambulatorial para pessoas em cuidados paliativos, o hospital dia e o Programa de Atendimento Domiciliar, que fazem parte deste estudo em função da inserção e organização da equipe interdisciplinar e por sua interface com a unidade hospitalar

¹¹ Extraído de documento institucional n.º. 2 que trata do programa de Qualidade Total.

(DOCUMENTO INSTITUCIONAL N. 3¹²).

Com a ampliação em andamento e a construção do referido complexo oncológico, a instituição irá abrigar 72 leitos de internação, 4 salas cirúrgicas, unidades de apoio e um ambulatório com capacidade para 60 mil atendimentos/ano (DOCUMENTO INSTITUCIONAL N. 3).

Quanto à área física do hospital dia, que ainda funciona em separado até a conclusão das obras do complexo oncológico, a mesma comporta uma área de recepção e administrativa; ambiente para fisioterapia, que serve tanto ao serviço hospitalar como ambulatorial, área de farmácia hospitalar, com ambiente para preparo de quimioterápicos; área de nutrição, com espaço para elaboração de alimentos; área de serviço social; terapia ocupacional; necrotério e outras, essenciais para o funcionamento hospitalar.

A Unidade de Cuidados Paliativos, situada no hospital de apoio, possui uma estrutura constituída por 3 enfermarias de 4 leitos mistos e um isolamento, comum as unidades de Cuidado Paliativo e Onco-hematologia, posto de enfermagem, expurgo, depósito de material limpo, sala asséptica, banheiro de funcionários, solário para usuários e acompanhantes, sala de reuniões e outras dependências. Possui ainda, uma sala de convivência para pessoas internadas e familiares, comum aos dois serviços de internação existentes, e banheiros para acompanhantes.

Nesse contexto, a instituição oncológica realiza uma média de 3,5 mil atendimentos/mês nas diversas unidades localizadas no Estado, 1.800 quimioterapias por mês e mais de 30 mil atendimentos/ano (DOCUMENTO INSTITUCIONAL N°3).

No que diz respeito ao financiamento das ações assistenciais, os recursos são provenientes da Secretaria de Estado da Saúde, que financia os custos assistenciais e a quase totalidade dos recursos humanos da instituição. O financiamento da instituição através do SUS obedece às políticas nacionais e estaduais para a área de câncer no país. A instituição presta também assistência privada e conveniada. O hospital de apoio atende exclusivamente pelo SUS na área ambulatorial. A Fundação privada investe na instituição recursos captados da comunidade e de empresas e gerencia também os recursos provenientes do SUS (DOCUMENTO INSTITUCIONAL N° 3).

¹² Retirado de documento institucional n°. 3, que trata da apresentação da instituição e da Fundação.

Sobre as condições de trabalho na instituição, os/as profissionais destacam aspectos relativos à relação contratual de trabalho, salários, jornada de trabalho, sobrecarga de trabalho, condições e disponibilidade de equipamentos e instalações físicas, recursos materiais e outros.

O quadro de trabalhadores/as da instituição é formado por uma maioria de servidores/as contratados/as por concurso público estadual, via SES. Outros/as trabalhadores/as são contratados/as em regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) pela Secretaria de Saúde ou pela Fundação. Predomina entre os/as trabalhadores/as a relação de trabalho assalariado, excetuando parte dos/as profissionais médicos/as credenciados/as pela SES. Na equipe de cuidados paliativos, todos/as os/as médicos são contratados da instituição. Ao todo, a instituição possui cerca de 400 trabalhadores/as nas diversas áreas, incluindo os/as trabalhadores/as de serviços terceirizados.

A contratação de trabalhadores/as pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), principalmente através da SES, gera insegurança entre os/as trabalhadores/as, que estão sempre temerosos/as de ser substituídos/as por pessoal concursado¹³.

Se eu fosse efetiva, que não tivesse este risco de eu poder qualquer hora sair. [...] Eu trabalharia até a minha aposentadoria aqui. [...] Eles valorizam muito o profissional. Desde o início até o topo da pirâmide. São todos muito valorizados. [...] Nós temos a produtividade (te2/CP).

Eu saí da residência, fui credenciado *na instituição* e fui trabalhar como oncologista e como médico nos cuidados paliativos, já assumindo o ambulatório. O problema é que eu não ganhava nada. Eu era só médico credenciado, mas eu estava com muita vontade de trabalhar, estava muito envolvido, estava bastante animado com cuidados paliativos. Eu passei sete meses trabalhando sem ganhar nada, de graça. Na época estava no gargalo de funcionários da secretaria e teria que acontecer contratação ou concurso. Tinha pouquíssimos oncologistas e quando houve a mudança para aquele prédio, o prédio era maior e a demanda aumentou muito. Os oncologistas [...], instantaneamente, ficaram todos sobrecarregados. [...] Não se dava conta. Em função disso, eu tive essa sorte, a secretaria abriu contratação [...]. Aqueles contratos provisórios que era para durar um ano e acabaram durando anos. Eu fiquei oito anos nesta situação, esperando um concurso acontecer. Aí veio o concurso, fiz, passei e fui efetivado. Aí minha trajetória nos cuidados paliativos. Desde a vida inteira (m2/ECP).

A trajetória de muitos/as entrevistados/as inclui a passagem pela condição de contratação precarizada e posterior efetivação, por ocasião de concursos públicos. Essa

¹³ Em agosto de 2006, três meses após a conclusão da coleta de dados, a instituição recebeu pessoal de enfermagem aprovado em concurso público. Dos/as integrantes do estudo, dois aguardavam demissão, uma vez que não tinham obtido a aprovação em concurso. Um/a deles/as, o/a coordenador/a de enfermagem já havia sido substituído no cargo. O/a subgerente hospitalar também se encontrava na mesma situação, embora ainda ocupasse o cargo. Em visita que realizei ao campo de pesquisa, percebia-se um clima organizacional bastante tenso, os/as novos/as trabalhadores/as adaptando-se à estrutura e os/as demais sem saber até quando permaneceriam no serviço.

condição tem sido uma prática nos serviços públicos de saúde, uma vez que a dinâmica de reposição de trabalhadores/as não abarca as necessidades da assistência à saúde. A deflagração de concurso público, a contratação de concursados/as funciona com uma mesma lógica para todas as áreas ligadas ao serviço público. No entanto, nas instituições de saúde, quando da expansão de serviços ou de situações que envolvem o afastamento dos/as servidores como, por exemplo, aposentadorias, óbitos, demissões, os serviços assistenciais não podem ser paralisados, nem mesmo oferecidos sem a imediata reposição. Ao longo dos anos, vêm se criando alternativas de contratação para essas reposições e esse tema tem sido alvo do debate dos gestores públicos, que pleiteiam a agilidade do processo e sua condução de modo a atender a realidade.

Entre os/as trabalhadores/as, a contratação precarizada produz efeitos negativos, pois gera direitos trabalhistas diferenciados e esses/as convivem diariamente com a insegurança de ser dispensado/a de um trabalho que lhes garante a subsistência e do qual estão familiarizados. Na instituição oncológica, estes/as trabalhadores/as possuem benefícios diferenciados, como, por exemplo, direito a licenças paternidade, licença nojo e outras, conforme o tipo de contratação. No entanto, internamente, benefícios, como ganhos de produtividade, direito à alimentação, jornada de trabalho e outros, são estendidos a todos/as os/as trabalhadores/as.

Existem, também, atuando na instituição, os/as trabalhadores/as dos serviços terceirizados, como nutrição, vigilância, limpeza e outros. Estes/as trabalhadores/as não têm vínculo institucional, são regidos/as pela CLT e as condições de trabalho são determinadas pelas empresas contratadas, que realizam contratação, demissão e supervisão deste pessoal. Serviços diagnósticos, como exames laboratoriais, são realizados por empresas terceirizadas. Serviço de imagem e outros similares são realizados na rede estadual do Sistema Único de Saúde, seja através dos outros hospitais da rede da Secretaria de Estado da Saúde ou hospitais conveniados para determinados serviços, como, por exemplo, a radioterapia.

No que diz respeito à terceirização dos serviços, tendência presente na chamada reestruturação produtiva, e que indica a externalização de partes do processo de produção, com formação de redes que se envolvem na produção e elaboração de determinado produto, esta já há alguns anos tem estado presentes nas instituições

prestadoras de serviços de saúde, principalmente nas instituições privadas. Nos últimos anos, a terceirização vem se fazendo mais presente nos serviços públicos de saúde, estando concentrada principalmente na produção das atividades meios, como por exemplo, serviços de vigilância, limpeza e outros (PIRES, 1998). Atualmente, já é possível observar essa relação em atividades consideradas assistenciais, como é o caso da nutrição e do serviço de laboratório na instituição oncológica.

A maioria dos estudos acerca da terceirização do trabalho na sociedade tem sido relacionada à perda de direitos trabalhistas, e por isso, terceirização, tem sido utilizada como sinônimo de precarização do trabalho. Na realidade brasileira, a terceirização que ocorre nos serviços de saúde tem sido colocada como alternativa para a crise financeira do setor, porém, nem sempre tem se traduzido em melhoria da qualidade dos serviços (PIRES, 1998).

Na instituição oncológica, o processo de terceirização dos serviços é considerado positivo e os serviços são aceitos como de boa qualidade, como se pode observar no relato acerca do serviço de nutrição.

A empresa terceirizada] produz e distribui. [...] A instalação é nossa, os equipamentos são todos da instituição. Eles [copeiros] são da equipe dela. Ela traz para confeccionar o alimento aqui. E a distribuição da alimentação, que é da copa, também é dela. Da instituição, sou só eu. Antigamente tinha duas empresas, uma produzia e outra distribuía. [As copeiras] vinham como serviços gerais. E, aqui dentro, quem treinava éramos nós. Na verdade, a gente ficava como uma chefia, porque elas não tinham. A gente se reportava a supervisora, mas elas ficavam com a gente. Agora, a parte administrativa, de copeira é tudo com ela. A gente fica só com o filé mignon. À parte de dietoterapia, junto com aconselhamento quem faz sou eu (nt/ECP).

No caso específico da instituição oncológica foi possível durante a investigação observar os serviços terceirizados de limpeza e nutrição e constatar a qualidade dos mesmos. No entanto, nas duas instituições estudadas, as conseqüências da terceirização têm sido analisadas pelos/as trabalhadores/as, somente do ponto de vista da qualidade dos serviços.

Por fim, a instituição oncológica possui um grupo de voluntariado organizado, que atua junto aos usuários e suas famílias, realizando atividades recreativas, angariando fundos para melhorias relacionadas à estrutura de acolhimento dos usuários e outras atividades. A atuação positiva dos/as voluntários/as é ressaltada na fala de usuários e familiares.

Eu quero voltar aqui. Depois de tudo passar. Pra fazer visita e retribuir tudo que eu tive aqui dentro. O que elas fazem por a gente aqui, essas mulheres (*voluntariado*), você não tem idéia (fm1/ECP).

No que diz respeito à jornada de trabalho e ao quantitativo de pessoal para o desenvolvimento do trabalho, algumas são as dificuldades apontadas.

A jornada de trabalho de 20 horas semanais por vínculo de trabalho para médicos/as, e 30 horas semanais para os/as demais trabalhadores/as é considerada adequada pela maioria dos/as entrevistados/as.

A jornada de trabalho [...], 4 horas de trabalho por dia, eu não acho que seja puxado, pelo menos no meu caso. No caso da enfermagem são 6 horas por dia. Claro que se for sair daqui e encarar mais 4, 6 horas em outro local e ficar nisso 5 dias por semana é puxado. Pega final de semana tem plantão, é complicado. Mas, no geral, a jornada de trabalho é compatível (m3/ECP).

[O] horário de trabalho eu não posso reclamar porque nós temos um horário bem maleável. A gente faz as nossas horas, um ajuda o outro, a gente resolve da melhor maneira (te1/ECP).

Porém, a maioria absoluta dos/as entrevistados/as refere sobrecarga de trabalho, relacionando-a ao quantitativo insuficiente de pessoal nas diversas áreas.

Eu tenho uma estagiária que é da Secretaria de Saúde. Ela tem uma bolsa. E tem o fisioterapeuta do primeiro andar, mas ele não atende as mastectomizadas. Se eu vou tirar férias, eu dou férias para elas também. Preciso urgente de outro profissional aqui dentro. Urgente, urgentíssimo! Tem uma fila de espera. Não dá. Não consigo. É muita gente, ainda mais agora que tem ambulatório de cabeça e pescoço. Não dá para fazer milagres, a instituição tem que contratar mais pessoas (fs/ECP).

Tem uma diminuição no quadro de pessoal. Isso onera o trabalho, ocasiona sobrecarga de trabalho (m3/ECP).

Profissionais de nutrição, farmácia e terapia ocupacional são únicos/as na instituição hospitalar, e isso acaba gerando dificuldades quando do afastamento por férias, licenças e outros. Nessas ocasiões, profissionais do serviço ambulatorial ou da área de transplante fazem a cobertura com hora plantão¹⁴.

¹⁴ Vantagem concedida aos/as profissionais que atuam na rede hospitalar, quando submetidos à escala de plantão previamente estabelecida e controlada pela área competente. A hora plantão foi instituída pela Secretaria Estadual de Saúde com vistas a suprir a insuficiência de pessoal nas unidades hospitalares e os quantitativos de horas por unidade hospitalar são estabelecidos e controlados pela SES. Na instituição estudada, nem todas as categorias profissionais estão autorizadas a realizar a hora plantão, e entre os/as trabalhadores/as que as realizam, o teto máximo é de 60 horas/mês. Este recurso administrativo é utilizado para suprir *déficit* de pessoal, férias, licenças de saúde e outros. Na prática, as 60 horas plantões foram incorporadas à jornada de trabalho dos/as trabalhadores/as, tanto pela constante falta de pessoal, como porque esses/as já incorporaram os vencimentos relativos à hora plantão ao orçamento, tendo em vista as necessidades pessoais e os baixos salários.

Aconteceu de eu ficar sozinha no ano passado e cobriram [o serviço] com hora plantão, que ela [nutricionista do ambulatório], fazia. [...] Eu faço a minha carga horária normal, não faço hora plantão. Precisando eu fico, eu sempre estou até mais tarde, fico até mais horas. Mas eu não quero o vínculo da hora plantão. O compromisso de ter que ficar. [Na Marcação de] férias [ficou acertado que a outra nutricionista] viria alguns dias pra supervisionar. E foi o que foi feito. Tirei licença prêmio em setembro, foi a mesma coisa. Não deixei modificar. A *subgerente* também dá força nisso. [...] Um mês eu tenho que tirar. [...] Eles têm que dar um jeito (nt/ECP).

A enfermagem na unidade hospitalar de Cuidados Paliativos conta com 8 enfermeiros/as e 14 técnicos/as de enfermagem para o cuidado de 13 leitos, distribuídos em 5 turnos de trabalho. A sobrecarga de trabalho, em função do quantitativo de pessoal, é relatada pelos/as integrantes do estudo, que destacam também, a gravidade dos/as doentes e a demanda de cuidados exigida por estes/as. Destaca-se aqui, positivamente, a capacitação da equipe, que possui apenas enfermeiros/as e técnicos/as de enfermagem propiciando uma atenção mais qualificada e integral.

No hospital dia, ambulatório e internação domiciliar atuam um/a enfermeiro/a e dois técnicos/as de enfermagem. Esse número de trabalhadores de enfermagem implica, muitas vezes, na limitação dos serviços oferecidos, como, por exemplo, a internação domiciliar, uma vez que os/as mesmos/as acompanham no dia-a-dia os cuidados prestados no domicílio. Durante o período de investigação, foi observado que, em uma das ocasiões, quando o/a enfermeiro/a se encontrava de férias, foi suspensa a admissão de novos/as doentes no programa de internação domiciliar, uma vez que não há substituição do/a profissional e o trabalho acumula-se para os/as técnicos/as de enfermagem.

Sobre as condições salariais, é unânime entre os sujeitos do estudo que este é inadequado e incompatível com a responsabilidade do trabalho.

O salário é péssimo. [...] O que está na carteira de trabalho é absurdo. Pela proposta, pelo trabalho, pelo empenho, pelo investimento na formação, pela busca no aprimoramento. Não te dá condições para nada disso. O profissional de saúde atualmente trabalha na garra e no que ele acredita. Nem o retorno, de quando precisa de uma instituição de saúde, ele tem. O salário é mixo, irrisório, tem que trabalhar em diversos focos para ter uma condição satisfatória de vida (e2/ECP).

A gente trabalha por amor a camisa. [...] O salário é vergonhoso. Desculpa-me todo o sistema de saúde, mas é vergonhoso. Não é possível que a saúde ganhe igual aos outros setores. Tinha que ganhar diferenciado. A responsabilidade da gente não termina aqui. [...] Vai pra casa e continua, tem final de semana, tem noite (fr/ECP).

Muitos/as trabalhadores/as, no entanto, relativizam a condição salarial diante da satisfação que encontram no trabalho que realizam. Entendem que poderiam até alcançar uma situação melhor em outras profissões ou áreas de trabalho, porém, não teriam a mesma satisfação profissional.

Falar de salário, reclamar de salário? [...]. Isso é extremamente importante, eu não vou dizer que não. [...] Eu tenho as minhas contas, os meus sonhos de consumo. [...] Trabalha demais, ganha pouco, etc., mas eu já fiz essa opção. Sempre digo que se eu não estiver legal eu vou fazer outra coisa, tem outras opções, sei lá. Talvez eu ganhe mais dinheiro. Mas e a satisfação? Não passa por aí. É importante, mas não é o mais importante (e1/ECP).

Sinceramente, salário pra mim não é tudo. Se eu tivesse um salário do dobro e tivesse que ficar no *hospital X*, eu não iria ficar lá. [...] Eu gosto muito mesmo de trabalhar aqui, não tenho stress nenhum de vir trabalhar (nt/ECP).

No que tange a área física, equipamentos e materiais para a realização do trabalho, de modo geral, os/as integrantes do estudo entendem que estas são boas, considerando que se trata de um serviço público. Embora a instituição tenha que administrar um orçamento limitado, frente às necessidades colocadas de atenção a saúde na área de oncologia, há investimento contínuo na estrutura física e de materiais. A administração, através da Fundação, tem o apoio de uma parcela significativa dos/as entrevistados/as que entendem que esse gerenciamento favorece as condições de trabalho e o desenvolvimento da instituição.

Dentre as queixas em relação às condições de trabalho alguns/as trabalhadores/as salientaram a falta de espaço físico. O processo de recuperação e ampliação do ambiente institucional encontra-se em curso, colocando para os/as envolvidos/as, a possibilidade de melhoria das condições de trabalho a curto e médio prazo.

Todas as minhas solicitações de materiais são atendidas. A única coisa que falta e que é extremamente importante é um setor para a terapia ocupacional. Infelizmente não temos. Vamos ter no complexo. [...] Eu tenho a maior vontade de fazer uma horta comunitária com os pacientes, mas aqui fazer onde? [...] Tenho vários planos, aqui não dá para fazer nada (to/ECP).

Espaço não tem. A gente divide a sala e é complicado porque quando ela está fazendo uma entrevista eu não posso fazer. Tem que aguardar. Uma orientação de óbito, não tem um lugar mais reservado. Não tem lugar pra uma escrituraria, a nossa escrituraria fica dentro da sala (as1/ECP).

Existem os equipamentos necessários para o desenvolvimento do trabalho, os

materiais utilizados são de boa qualidade e o ambiente para realização do trabalho é satisfatório; trabalham com pessoas motivadas, capacitadas.

Não nos falta nada. Nós temos os medicamentos que precisamos; uma enfermaria bem provida de recursos, com menos funcionários do que nós gostaríamos, mas nós estamos conseguindo manter as coisas funcionando. Nós temos ótimas pessoas trabalhando conosco, motivadas, capacitadas [...]. Se nós formos considerar isso tudo, nós temos uma estrutura que apesar de ser uma estrutura pública funciona muito bem. [...] Eu estou feliz com isso. Estou muito feliz e eu me assusto cada vez que eu penso que um dia isso pode desmoronar por uma ação isolada de uma outra pessoa. Até porque isso já aconteceu outra vez e foi bem solapado. Não foi suficiente para detonar tudo, mas já houve uma queda que foi preocupante. [...] Eu venho aqui trabalhar não vou reclamar de o trabalho existir (m2/ECP).

Aqui tem condições para trabalhar. Tem tudo! Meu Deus! Pra quem já conheceu um hospital geral que tem que ficar enjambrando material, tem que ficar enjambrando tudo, que pouco tem a fazer. [...]. Reclama aqui quem não passou por outro. Eu estou mentindo? Não estou mentindo. Tem bom material para trabalhar. Quando vem material que não é de boa qualidade, eles informam que o material não é bom. Procuram sempre uma coisa para substituir. E eu acho que não é qualquer lugar que tem isso (te1/ECP).

As condições de trabalho são avaliadas também pelos benefícios que podem ou não ser oferecidos aos doentes. Nesse sentido, os/as entrevistados/as avaliam as dificuldades existentes, pelas mudanças que ocorreram em função do processo de municipalização da saúde. Segundo os/as entrevistado/as, a instituição atende aos diversos municípios do estado e não encontram em todos eles as mesmas condições para oferecer aos usuários aquilo que julgam necessário, e que, anteriormente, podiam fornecer através do estado. Tais situações se complicam principalmente, em relação ao fornecimento de medicamentos que a instituição não fornece para doentes que residem fora do município sede. Existe, no entanto, o entendimento que os/as profissionais preocupam-se com a potencialização dos recursos, de modo a beneficiar o usuário do serviço.

Em comparação a outras instituições públicas do estado tem um diferencial. [...] O mais importante, dentro da minha área é que não falte medicamento para o paciente. E isso não acontece. [...] Poderia fornecer determinadas coisas que não fornece. Na alta, por exemplo, eu acho inconcebível que o paciente saia sem laxante, se não tem no posto de saúde e ele não tem dinheiro pra comprar. [Mas] não pode fornecer. Já fornecemos, mas hoje não podemos mais [...]. A gente tem manutenção também, em determinadas áreas. Na capela nós temos manutenção preventiva, que é importante. É uma segurança maior. Mas ainda falta muito. Muito, muito, muito. Nossa! Muito mesmo (fr/ECP).

Condições de trabalho até temos. Falta, se quisesse estar ajudando mais as famílias, auxílio de cesta básica, alguma coisa que a gente pudesse estar fazendo. [...]. Já foi melhor (as1/ECP).

A farmacêutica [...] veste a camisa. [...] Procura ver qual antibiótico é mais barato, que a gente pode estar fornecendo. [...] Para ter uma continuidade naquele tratamento e [estar] beneficiando aquele paciente. Ela tem esse conhecimento. A nutricionista também (e2/ECP).

Para algumas áreas profissionais os convênios mantidos com escolas de nível superior que utilizam a instituição como campo de estágio, beneficia a atuação profissional e a aquisição de materiais não disponíveis, suprindo as dificuldades institucionais.

Em relação a tempo está tranquilo, material para trabalhar eu tenho. Tem outras coisas que eu precisaria na minha área [...], mas se eu não consigo comprar, eu consigo muito via *Universidade X*. O convênio que a gente fez com a *Universidade X* beneficiou muito [...]. Trouxeram muitos equipamentos que estão sob minha responsabilidade, mas que eu posso utilizar com os pacientes (fs/ECP).

Uma área ainda pouco desenvolvida na instituição é a de informatização dos processos de trabalho. Em muitos casos, os usuários chegam a ter três prontuários, um no hospital de apoio, um para a atenção ambulatorial e outro para a internação domiciliar, interferindo no desenvolvimento de um trabalho mais articulado e exigindo que profissionais tenham de buscar, em cada um deles, as informações necessárias para o atendimento.

Em situações de internação, observou-se que os/as profissionais de enfermagem, atuando no ambulatório, preocupam-se em enviar resultados de exames e outras anotações presentes no prontuário ambulatorial ou de internação domiciliar, de modo a assegurar a continuidade da assistência. Por vezes, são questionados/as sobre o destino de resultados de exames que não constam na unidade hospitalar.

Percebe-se a insatisfação dos/as profissionais por essa tecnologia não ter sido incorporada nos locais de trabalho, dificultando o processo de trabalho, a atualização profissional, o acesso a informações disponíveis na rede. Também se questiona a falta de capacitação dos/as profissionais para a utilização dessa tecnologia, nos espaços em que a mesma já foi adotada.

Já teve épocas que tinha uma agenda escrita e uma informatizada, porque a informatizada quem escrevia não confiava. Tinha uma paralela. Não está informatizado [...]. Uma simples medida como a informatização já aumentaria a eficiência. Eles estão pensando em fazer uma auditoria, não sei o que dos 5 S, ISO 9000, e isso não fizeram ainda, só pra pincelar um aspecto que eu acho absurdo. Você estar querendo comprar um lustre de ouro na tua casa, e na verdade a tua casa é um barraco, o cupim tá comendo e vai cair na primeira ventania. E o que o lustre vai resolver? Não vai resolver, porque o problema não é com o lustre, é com a casa.

Este computador do quarto do plantonista com internet, foi conseguido praticamente a choro [...]. Anos de briga para conseguir aquilo ali. O pior que havia dentro da instituição. É a pior impressora, o pior computador e o restante foi a equipe que comprou. [...]. E mantemos (m2/ECP).

Você não tem recursos, não tem material. Agora eu tenho internet. Olha, o que eu buzinei no ouvido do *Diretor* que a gente precisava internet aqui. Não foi fácil. [...] Porque era um retrocesso. [...] E mesmo assim você não tem acesso a site de busca mais fidedignos, mais interessantes. Eu vou à *Universidade* quando eu quero pesquisar alguma coisa (fr/ECP).

Outras dificuldades e limitações para a realização do trabalho surgem em função de determinadas condições institucionais. Exemplo disso é a disponibilidade de transporte para a realização das visitas domiciliares do Programa de Internação Domiciliar (PID).

Por exemplo, uma terça feira que tinha visita domiciliar marcada. [...] Entre 13 e 13h30min no máximo estamos saindo para fazer a visita. Era 15 horas e o veículo não estava ainda. Tinha saído às 11 horas para trocar pneu. Das 11 da manhã às 15 horas [...] e não tinha trocado ainda [...]. Você se pergunta quem é o responsável por isso e ninguém assume a responsabilidade. Essas coisas deixam a gente bastante incomodado (m3/ECP).

Claro que tem as dificuldades da gente, tem coisas boas, mas poderia ser melhor. [...] O transporte é limitado. [...] Quando a gente sai para visita, provavelmente faz falta aqui no ambulatório, no hospital. [...] É um carro para fazer tudo (te1ECP).

Também envolvendo o transporte de doentes, a inexistência na instituição de equipamentos para exames diagnósticos e tratamentos especializados, interfere no trabalho da enfermagem, especificamente que é quem tem que acompanhar o doente na realização destes. Nesses casos, diversas vezes surgem conflitos entre trabalhadores/as da categoria médica e de enfermagem. Existem regras formuladas pela equipe para a realização de exames e tratamentos fora da unidade hospitalar, porém todas de difícil cumprimento, uma vez que as necessidades dos/as doentes são, na maioria das vezes, contrárias às regras. Por algumas ocasiões, presenciei discussões acerca da necessidade de tratamento radioterápico de doentes que estavam internados no hospital de apoio, e os conflitos entre enfermagem e medicina, pelas dificuldades de transporte e acompanhamento.

Em uma dessas discussões, quando a enfermagem questionava as regras e colocava suas dificuldades, presenciei um amplo debate acerca dos direitos do usuário, e da não procedência de tais regras, uma vez que os/as doentes eram os/as penalizados/as. Embora essa posição seja unânime entre os/as profissionais, é também

de difícil acordo, uma vez que cada categoria trabalha com as condições dadas institucionalmente. Assim como é papel do/a profissional médico/a insistir com a realização dos exames e tratamentos necessários à condição do/a doente, também é importante que se dê à enfermagem as condições necessárias para o cuidado, com um adequado suporte de pessoal para atender as várias demandas, incluindo-se os acompanhamentos fora da instituição.

Na equipe, tais situações são debatidas, são realizados os ajustes necessários para viabilizar o atendimento ao usuário, os/as diversos/as profissionais tentam adequar a demanda às possibilidades de pessoal e veículos. A articulação profissional, o modo como a equipe gerencia e organiza o trabalho, internamente, facilita o processo de negociação, que, no entanto, não acontece sem conflitos.

Às vezes acho que faltam algumas coisas. [...] prejudica muito a gente precisar fazer exame fora. [...] (e3/ECP).

Sobre o apoio que recebem da instituição para a realização do trabalho, destaca-se a falta de suporte ao trabalhador/a para enfrentar as situações desgastantes do trabalho, que envolve um elevado número de óbitos e a convivência diária com o sofrimento dos/as familiares e dos/as doentes.

A insuficiência de apoio, nessas situações, não é percebida por todos/as os/as trabalhadores/as e nem da mesma forma. Alguns/as participantes do estudo consideram que o suporte existente é satisfatório, outros/as entendem que a instituição já ofereceu condições para realização de apoio ao/a trabalhador/a, mas que estes/as não mostraram interesse.

Existe o apoio. Temos a terapia ocupacional, temos as palestras também, às vezes vêm bons psicólogos aqui. [...] Às vezes [fazemos] dança [...]. Mesmo nós na equipe, nós damos um tempo pra nós. [...] Não tendo muito paciente então a gente pega um tempo pra conversar, desabafar, trocar experiências. [...]. Às vezes a gente também junta as folgas. [...] Temos todo um suporte muito grande [...]. Temos tudo para nos doar porque temos este suporte muito grande para nos segurar (te2/ECP).

Nós não temos. A instituição deu condições de termos. Quando eu cheguei aqui há 5 anos atrás os funcionários solicitaram pra direção, que fosse dado uma hora por semana para que a gente fizesse atividades [...] para trabalhar angústia, depressão, valorizar auto-estima. Falaram que todo mundo sentia isso. Conseguimos esse horário, [...] todos os funcionários, os técnicos e auxiliares de enfermagem saíam e nós íamos para a terapia. Isso durou maravilhosamente bem um ano e meio. Quando a terapia começou a funcionar, começou a fazer você mexer, [...] aí começaram a pular fora. Sabe? Medo! E a coisa acabou. Então, a instituição deu condições, as pessoas não souberam agarrar. [...] Agora você tem opção de buscar ajuda particular.

Eu tenho. Eu faço terapia. A minha terapia também é caminhar na beira mar. Quando eu saio mal do TMO, eu saio caminhando, vou pela beira-mar. Converso comigo. Porque eu tenho uma estrutura para mexer comigo. Eu tenho. Tem gente que não sabe [...]. Não tem nem um psicólogo, mas eles deram chance, nós não soubemos pegar (to/ECP).

Benefícios como alimentação para trabalhadores/as e auxílio com vestuário são considerados extremamente positivo. No que diz respeito às refeições recebidas por todos/as os/as trabalhadores/as em seu horário de trabalho, foi possível durante a investigação observar e experimentar o diferencial em relação a outras instituições de saúde. Além da qualidade dos alimentos, os ambientes (refeitórios) destacam-se pela sua organização e espaço agradável.

Na avaliação dos/as profissionais, a instituição, de modo geral, tem um olhar especial para o/a trabalhador/a, possibilitando a realização do trabalho e a satisfação profissional.

A exceção do salário que eu acho ridículo, todo o resto me satisfaz bastante. Eu me sinto privilegiado, primeiro, por ter uma enfermaria à minha disposição. Isso é uma coisa que poucos médicos têm. Nós temos uma enfermaria a nossa disposição! Onde nós podemos executar o nosso trabalho de acordo com a nossa filosofia, e realmente é assim. E não existe ameaça nenhuma, pelo menos próxima, para mudar essa situação. E ter o trabalho reconhecido, saber que as outras pessoas consideram que esse trabalho é importante. E que é bem vindo, tanto pelas equipes que trabalham com a gente como outras equipes, às vezes, até outras instituições. Os pacientes, os parentes dos pacientes [...] isso aí é uma coisa muito boa (m2/ECP).

Para médico/a residente, a instituição possui condições adequadas ao processo de ensino aprendizagem. Um fator fundamental é que a instituição deixa-os/as assumir o trabalho, possibilitando assim a aprendizagem.

Nós não temos muitas queixas. Porque realmente a *instituição* nos dá assistência hospitalar, ambulatorial, métodos de imagem. [...] Tem acesso praticamente a todas as áreas sem grandes dificuldades. Em relação aos profissionais, aos preceptores, sem dificuldades. Eu não tomo uma decisão sozinha, eu sempre tenho com quem discutir [...]. Algumas vezes tem mais dificuldade com paciente internado, método de imagem, mas em outro hospital também teria. A gente tem reuniões, tem aulas. Claro que eu gostaria de ganhar mais, qualquer pessoa, qualquer residente gostaria. Mas quanto a explorar o trabalho? A maneira de você formar uma pessoa é deixá-la trabalhar naquela área, dando liberdade para que ela tenha acesso aos pacientes, tendo com quem discutir. [...] Não acho que seja exploração. [...] Dar plantões noturnos, [talvez] não seja a coisa mais adequada. Plantões noturnos é uma coisa que a gente faz muito nos primeiros dois anos de clínica e eu tinha uma esperança de não fazer nos dois últimos da oncologia. Mas se for uma exigência do Ministério da Educação, que é o órgão que coordena a gente, tem que fazer (m4/ECP).

4.2.2 O organograma institucional e a gestão do trabalho

Através da Fundação, a instituição adota, desde 1996, o Programa de Qualidade Total para o gerenciamento da atenção à saúde dos usuários. A gestão dos serviços pela Fundação representa “uma proposta de participação da sociedade civil, na gestão de serviços públicos de saúde de alta complexidade” (DOCUMENTO INSTITUCIONAL N°. 3).

A Fundação tem por finalidade “a qualidade do serviço prestado, no atendimento às necessidades básicas imediatas, na aquisição de tecnologia de ponta e na capacitação profissional, visando à melhoria contínua no atendimento aos usuários”. É administrada por um Conselho Curador, um Conselho Fiscal e o Conselho Diretor, cujos ocupantes dos cargos desempenham suas funções de forma voluntária, ou seja, seus membros não recebem remuneração (DOCUMENTO INSTITUCIONAL N°. 3).

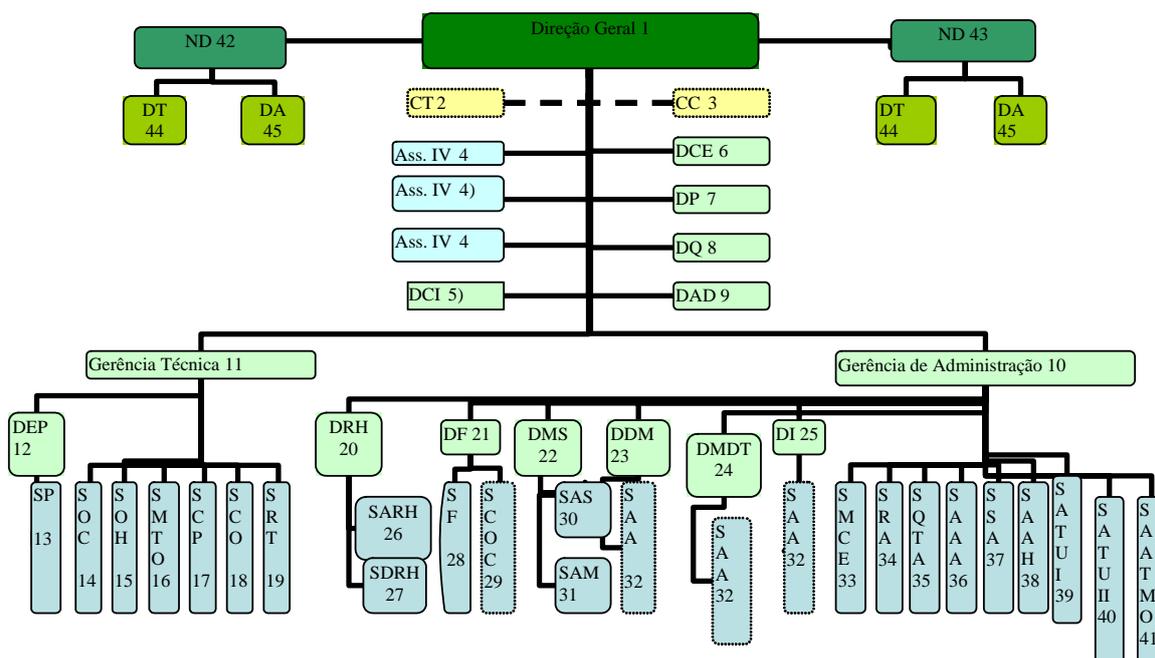
O Conselho Curador é o órgão deliberativo da Fundação, de orientação superior, integrado por treze membros, voluntários, representando: o Hemocentro, a Instituição Oncológica, a Secretaria de Estado da Saúde, a Associação dos Hemofílicos do Estado, a Associação dos Doadores de Sangue, a Equipe de Suporte ao Paciente Oncológico, a Rede Feminina de Combate ao Câncer e a comunidade. O Conselho Diretor é o órgão executivo da Fundação e é formado por três membros eleitos pelo conselho diretor. O conselho fiscal é formado por três membros efetivos e três membros suplentes, eleitos pelo conselho curador (DOCUMENTO INSTITUCIONAL N°. 3).

Uma parte dos/as integrantes do estudo entendem que a gestão institucional via Fundação coloca a unidade assistencial em posição de destaque frente às demais unidades da SES, contribui para a melhoria da estrutura e das condições de trabalho.

Talvez porque eu faça parte do conselho de curadores eu veja diferente [...] é um gigante, incorporar estas duas instituições com todas as peculiaridades e administrar um orçamento que é muito justo para tudo isso. Não é fácil! Então para mim a Fundação é um parceiro, um facilitador com certeza. Tanto que está estampado a diferença nossa em termos de estrutura [em relação às outras unidades da SES]. [...] Se a gente perde isso, a gente perde o chão (fr/ECP).

A estrutura hierárquica e o organograma institucional (FIGURA 1), assim como a área física e de serviços passa por discussões e mudanças na atualidade.

Figura 1 –Organograma da instituição oncológica, 2006.



O atual organograma parte de uma Direção Geral¹ com assessorias diretas, tais como: Colegiado Técnico²; Corpo Clínico³, Assistentes IV⁴, Divisão de Controle de Infecção⁵, Divisão do Centro de Estudos⁶, Divisão de Qualidade⁷, Divisão de Planejamento⁸ e Divisão de Assistência à Direção⁹.

Abaixo da direção geral há uma linha hierárquica formada por duas gerências: de administração¹⁰ e técnica¹¹.

A gerência técnica faz a coordenação do trabalho médico, segundo a lógica das especialidades médicas; possui uma divisão de epidemiologia e prevenção¹², esta última com um setor de prevenção¹³. Também ligados diretamente à gerência técnica têm-se seis setores (onco-clínica¹⁴, oncohemato¹⁵, transplante de medula óssea¹⁶, cuidados paliativos¹⁷, cirurgia oncológica¹⁸ e radioterapia¹⁹).

A gerência administrativa é formada por seis divisões de diretrizes administrativas (recursos humanos²⁰, finanças²¹, materiais de serviços²², distribuição de medicamentos²³, métodos diagnósticos e terapêuticos²⁴ e informática²⁵) com seus respectivos setores: administração de RH²⁶, desenvolvimento RH²⁷, faturamento²⁸, contribuição, orçamentos e contas²⁹, administração de serviços³⁰, administração de materiais³¹ e setores de apoio administrativo³². Ainda, ligados a essa gerência, têm-se mais nove setores: marcação de consultas e exames³³, recepção ambulatorial³⁴,

quimioterapia ambulatorial³⁵, apoio administrativo ambulatorial³⁶, SAME ambulatorial³⁷, apoio administrativo hospitalar³⁸, apoio técnico unidade I³⁹, apoio técnico unidade II⁴⁰ e apoio técnico TMO⁴¹.

Por último, ligados diretamente à direção geral da instituição estão os dois núcleos^{42, 43} descentralizados que funcionam em cidades pólo do interior do estado. Esses núcleos possuem cada um, uma divisão técnica⁴⁴ e outra administrativa⁴⁵.

As críticas ao atual organograma passam pela indefinição da estrutura hierárquica, pela estruturação que não dá sustentação ao trabalho desenvolvido nas diversas áreas.

O organograma que se formou não define uma estrutura que depois se ramifique. O serviço de oncologia clínica a gente não sabe “quem é quem” e “quem determina o quê”. Está solto. Então parte da vontade da gente e da necessidade da gente, da capacidade de se auto... [gerenciar]. A gente tem a comissão de farmácia terapêutica. [...] Fez um planejamento estratégico há um tempo atrás e eu acreditei muito neste planejamento estratégico. Saíram várias diretrizes, várias questões. Não tinha um órgão que estudasse a seleção de medicamentos, a possível introdução de novos medicamentos (fr/ECP).

Na prática, constata-se que o organograma oficial não é seguido como tal. Segundo a subgerente da área hospitalar, o gerenciamento do trabalho ocorre por processo (unidade de cuidado), seguindo as diretrizes do Programa de Qualidade Total implantado na instituição. Em cada uma das instâncias assistenciais (ambulatório, hospital de apoio, transplante de medula óssea) há uma subgerência hospitalar, uma chefia técnica ou de serviço e uma coordenadoria de enfermagem na unidade assistencial, cuja indicação é prerrogativa da direção geral.

As subgerências são ocupadas por enfermeiros/as e a chefia de serviço é ocupada por um/a médico/a. No Serviço de Cuidados Paliativos, a chefia de serviço coordena o “processo de cuidados paliativos”, tendo certo gerenciamento sobre todos/as os/as profissionais que atuam nesse processo.

Há na instituição outras propostas de organograma em discussão. Analisando o desenho dos demais organogramas em disputa na instituição, conclui-se que a prática atual já incorpora algumas das propostas em debate nos mesmos. Embora o organograma oficial incorpore uma estrutura vertical de mando, separando a área médica por departamentos especializados das demais unidades produtivas, na prática, a gestão por processo instituída pelo programa de qualidade reagrupa os/as profissionais que atuam em uma mesma área assistencial, possibilitando alguma articulação

horizontal semelhante ao proposto por Cecílio (1997a, 1997b) e Campos, (1997b).

Essa articulação, ao que parece, depende em muito da história de cada serviço e da trajetória da equipe multiprofissional na instituição. Nesse sentido, a equipe de cuidados paliativos diferencia-se no cenário institucional, por sua história.

No “processo de cuidados paliativos”, o chefe de serviço gerencia o processo e faz a articulação entre as áreas assistenciais envolvidas tanto no cuidado ambulatorial, internação domiciliar e internação hospitalar. Áreas como: enfermagem, nutrição, serviço social, fisioterapia, terapia ocupacional e farmácia, envolvidas no ato assistencial, bem como as áreas administrativas e outras, são gerenciadas pelas metas do Programa de Qualidade. No organograma, estão ligados diretamente a subgerência hospitalar. Especificamente na enfermagem, maior grupo profissional do hospital de apoio, há um/a coordenador/a de enfermagem em cada unidade assistencial, o qual coordena as atividades da equipe de enfermagem e o espaço assistencial.

Na realidade específica do serviço de cuidado paliativo, e só sobre ela, é possível falar, neste momento, uma vez que outras áreas da instituição não foram investigadas. Essa estrutura alternativa vem funcionando de modo a produzir “canais de comunicação” entre as diversas áreas assistenciais. O gerenciamento da unidade hospitalar pela subgerência reúne os diversos atores envolvidos na instituição, desde as áreas assistenciais às de apoio. Embora existam muitas queixas sobre a circulação de informações e a tomada de decisões em níveis mais elevados da estrutura institucional, no hospital de apoio, a articulação entre os diversos serviços passa pela subgerente.

Na unidade estudada, o gerenciamento pelo “processo de cuidados paliativos”, assegura a articulação entre os/as profissionais e o planejamento e a avaliação das ações assistenciais.

Há um fórum de tomada de decisão – a reunião semanal da equipe, da qual participam todos/as os/as profissionais, inclusive a subgerente hospitalar. O fórum é aberto às discussões administrativas, porém são priorizadas as discussões assistenciais. Nele é definido o planejamento semanal da assistência aos doentes internados na unidade hospitalar e a situação de usuários da internação domiciliar. São abordados, em reunião, os encaminhamentos, exames, necessidade e/ou resultado de intervenção com familiares e resultados de tratamentos. Também são discutidas as situações de

doentes do serviço que se encontram internados/as em outras unidades hospitalares e/ou em atendimento ambulatorial. Nesses casos, é decidida a transferência desses/as doentes/as para o hospital de apoio e a necessidade de internação de doentes em atenção ambulatorial. Nesse fórum, constata-se uma relação mais horizontalizada entre os/as profissionais, aspecto que será discutido posteriormente.

Esse fórum de decisão permite o acompanhamento do processo de trabalho dos diversos grupos profissionais, facilita a interação entre os/as profissionais, a elaboração, adoção e avaliação de protocolos assistenciais, de condutas acordadas entre os/as profissionais, a discussão de casos clínicos, de modo a qualificar o atendimento. As decisões tomadas são registradas em livro-ata que é assinado por todos/as os/as profissionais presentes na reunião. Esse livro permanece em local acessível a todos/as os/as trabalhadores/as do serviço para consulta.

A gestão do trabalho por “processos”, da forma como é desenvolvido pela equipe de cuidados paliativos, aponta aspectos de superação do modelo tradicional de gerenciamento. Segundo Cecílio (1997a, 1997b), no modelo tradicional de gerenciamento, as chefias médicas no dia-a-dia restringem sua interlocução com os/as colegas de profissão, mantendo distanciamento hierárquico com os/as demais membros da instituição, não avançando na construção de protocolos, discussão de casos clínicos e avaliação de condutas, condição necessária para a qualificação da assistência prestada.

Também sobre esse aspecto, situações normalmente gerenciadas isoladamente pela enfermagem como, por exemplo, fluxos para exames, decisões envolvendo a família e outros, são debatidos com o conjunto dos/as profissionais. Com essa prática, as decisões e o trabalho dessa categoria ganham maior legitimidade na estrutura do serviço. A dinâmica do trabalho interdisciplinar, incluindo também a participação de farmacêutico/a, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, contribui para que se desloque o foco da atenção da doença ou órgão afetado para o/a doente e suas múltiplas necessidades.

Caracteriza-se, portanto, uma atuação gerencial alternativa que se aproxima dos modelos de atenção usuário-centrado, conforme discutem Campos (1997a, 2000a), Cecílio e Merhy (2003). Sem desconsiderar as possibilidades colocadas pela estrutura

que se formou no âmbito da instituição e do gerenciamento pela Qualidade Total, parece que o potencial de transformação da realidade tem uma relação direta com a organização das equipes em seu micro-espço. Entre os/as entrevistados/as é unânime a percepção de que em outras áreas da instituição persistem e são mais evidentes as características do modelo tradicional de gerenciamento do trabalho, inclusive com conseqüências para a assistência prestada.

Eu não sei se em todas as outras instituições de saúde, existe um excesso de autonomia por parte do corpo clínico. Não existe um gerenciamento efetivo sobre essa categoria funcional. Ou até sobre o serviço, eu diria. E isso fica bem claro na oncologia clínica (fr/ECP).

O primeiro andar [unidade de onco-hematologia] está indo para o caminho. O segundo andar é muito diferenciado. [Na unidade de cuidados paliativos], eu acho que nós temos enfermeiras maravilhosas, que caíram aqui, e que estão no lugar certo. Eu não imagino o enfermeiro X trabalhando em outro lugar. Porque o hospital K é um horror! [...]. Às vezes nós temos pacientes [...] que não tem vaga [aqui], então vai para [lá]. É um horror, é o avesso do avesso, do avesso. Tanto é que o paciente fala que “eu vim do inferno” (to/ECP).

Embora muitos/as integrantes do estudo percebam diferenças positivas na gestão da instituição e no serviço de cuidados paliativos através do programa de Qualidade Total, nem todos/as o apóiam nem entendem que os resultados do trabalho sejam conseqüências deste gerenciamento.

A gestão do serviço pelas metas da qualidade é questionada por uma parcela significativa dos/as profissionais, que entendem que o mesmo não altera positivamente o resultado do trabalho. Não são percebidos ganhos de autonomia e participação institucional relacionadas a essa perspectiva de gestão. As mudanças percebidas na gestão e organização do trabalho são atribuídas, geralmente, à dinâmica interna de organização da equipe e não ao gerenciamento institucional.

Dentre as críticas ao programa de qualidade destacam-se aquelas dirigidas à forma de avaliação, que acontece em momentos determinados, e sob processos definidos não refletindo assim a prática diária; o excesso de formalismos e papéis a serem preenchidos, tornando a avaliação dos 5 S demasiadamente burocratizada; ao fluxo comunicacional que não retorna adequadamente os projetos exigidos pelas metas de qualidade, como por exemplo, a institucionalização de protocolos já realizados pela equipe.

Nós temos um programa que chama POP [Procedimento Operacional Padrão], você

preenche estes POPs e tem que atingir os objetivos. Depois final de ano você é avaliado. São os teus planos de trabalho. [...] No final de ano você é chamado. Por que este POP não funcionou? “Por causa disso, disso e disso”. [...] Daí você é avaliado pela qualidade. Apesar de que a nossa qualidade é horrível, a maior besteira que tem. Eu acho o sistema muito furado. Virgem! [...]. Esse jeito que eles avaliam não é certo (to/ECP).

Uma burocracia muito chata. [...] Fica tudo muito bonitinho por fora. Tem avaliação essa semana. Meu Deus! A semana anterior é uma loucura pra tentar deixar tudo bem. Passa, e volta tudo como era (fs/ECP).

Os chamados 5S dos Programas de Qualidade Total são baseados em cinco palavras japonesas: SEIRI (seleção), SEITON (ordenação), SEISOH (limpeza), SEIKETSU (padronização) e SHITSUKE (disciplina).

Esse modelo gerencial traz um importante conteúdo dessa cultura e um “forte conteúdo ideológico que se traduz na exigência de atitudes e valores – e na utilização de uma linguagem -, cujos fundamentos estão baseados em idéias que apelam para legitimidade, cooperação, harmonia, comprometimento, confiança, alinhamento e convergência de ações”, com vistas a verdadeiras mudanças culturais e a completa identificação com a empresa (LARANGEIRA, 1999a, p. 184).

As atividades praticadas pelos 5S são entendidas como aquelas que dizem respeito a todos/as os/as trabalhadores/as de uma empresa. São realizadas com determinação e seguem uma metodologia que visa um ambiente agradável e seguro e tem por objetivo, através de uma prática repetitiva, produzir efeito sobre a motivação para a qualidade. Em muitos casos, a aplicação dessas práticas tem resultados rápidos e visíveis, e seu desenvolvimento contínuo pode levar o/a trabalhador/a a adesão a programas dessa natureza, como é o caso da Qualidade Total.

A aplicação desse modelo em situações concretas tem mostrado que é freqüente a adoção de partes do mesmo, sem considerar as diferenças culturais presentes na realidade. No que diz respeito aos 5S, tem-se enfatizado as noções de ordem; de disciplina; de padronização de normas e rotinas, noções presentes também na organização taylorista do trabalho. A participação e envolvimento do/a trabalhador/a tem se dado de forma restrita, principalmente em situações cotidianas do trabalho, e a prática dos 5S, associa-se ao controle e avaliação do trabalho em dados momentos do processo.

É nesse sentido que, muitas vezes, os depoimentos dos/as entrevistados/as

apontam para a prática do programa realizado na instituição. Constata-se também que as interpretações positivas ou negativas em relação ao programa dependem, muitas vezes, da localização do/a profissional na estrutura do processo de trabalho, da profissão envolvida e da maior ou menor identificação dessa com a Organização Científica do Trabalho (OCT). Nesse sentido, percebe-se, na enfermagem, cuja organização do trabalho esteve sempre mais próxima no modelo da OCT, uma maior adesão ao programa.

O programa dos 5S trabalha muito com o profissional em toda a sua responsabilidade. [...]. Trabalha com a responsabilidade das pessoas pra deixar tudo bem organizado. Só que organizar não quer dizer deixar essa folha uma em cima da outra, uma caneta em cima da outra. Organizar quer dizer você prevenir muitas coisas. Infecções, organizar, você fazer previsões de procedimentos. Por exemplo, de um curativo [...], usar de toda uma técnica do procedimento. Fazer um curativo com toda uma técnica e levando todo o material, não transitando muitas vezes de luva. Eu peço algumas vezes, transitando com luvas e pacotes de curativo. [...]. Todos os prontuários com as evoluções, com o andamento do quadro clínico do paciente. Nós trabalhamos isso. Até mesmo com o andamento da equipe, como é que a equipe tá se deparando com certas situações. Então dando toda essa qualidade de vida ao cliente e ao cuidador também (te2/ECP).

Em outros grupos profissionais existe um questionamento maior à filosofia do Programa de Qualidade no momento atual e de sua aceitação nos meios gerenciais. Para o profissional, as tendências de administração pelos Programas de Qualidade, nem sempre favorecem a tomada de decisão.

A *Instituição* está com essa coisa da qualidade, do 5S, não sei o que, PQC¹⁵, e uma série de tendências administrativas que hoje nem sei se estão tão aceitas assim. É gasto de pessoal, de tempo, dinheiro, uma papelada enorme, incomoda muita gente, e eles não conseguiram informatizar a *Instituição* ainda. Eu acho, do meu humilde conhecimento de administração, que é praticamente nenhum, que se você pega uma coisa que é totalmente movida a papel e informatiza, você já tem um ganho de dinheiro (m2/ECP).

A avaliação externa implantada pelo Programa de Qualidade, que permite aos usuários manifestarem a qualquer momento da internação o nível de satisfação com os serviços prestados, através de preenchimento de instrumento disponível nas unidades, é mencionada pelos/as trabalhadores/as como fator positivo do programa. Porém, em alguns momentos da observação, é possível perceber certo desconforto em relação às situações que podem interferir na avaliação desses sujeitos. No entanto, em todas as situações observadas, quando do esclarecimento de usuários e familiares acerca da

¹⁵ *Program Quality Control*

organização na instituição, direitos e deveres dos usuários, a existência da avaliação é repassada aos mesmos e é salientada a importância da manifestação dos aspectos positivos e negativos, de modo a contribuir para a melhoria do serviço.

Em lugares visíveis da instituição, há caixas de recolhimento desses formulários, que são fornecidos para usuários e familiares com a orientação de que pode ser preenchido a qualquer tempo e quantas vezes julgarem necessário, tanto para avaliações positivas quanto negativas, sugestões de melhorias do ambiente institucional, dos serviços e servidores/as. As orientações para utilização desse instrumento são realizadas, freqüentemente, em momentos como admissão, reuniões com família, reuniões com acompanhantes e outros.

Entre os/as integrantes do estudo alguns salientam as insuficiências desse processo. Consideram que a avaliação, registrada apenas por alguns poucos usuários e familiares, não reflete o todo da realidade do trabalho que desenvolvem.

A avaliação que se tem é do cliente interno, que a gente ainda acha falha, porque dois ou três vão avaliar a gente. Dois ou três de tantos que estiveram aqui (as1/ECP).

Constatei durante o processo de observação duas situações em que o processo avaliativo é utilizado pelo/a familiar como instrumento de “ameaça” ao trabalhador/a, quando este/a ou o serviço não corresponde a suas expectativas. Geralmente, as situações negativas apontadas dizem respeito a regras institucionais, como é o caso do fornecimento de alimentação para os/as acompanhantes. Convivendo com limites de recursos, como tantas outras instituições de saúde, a instituição oncológica possui normas para o fornecimento de refeições aos acompanhantes. Habitualmente são utilizadas as normas estabelecidas pelo SUS para o/a acompanhante da pessoa internada¹⁶, porém a instituição avança em relação às normas; permite e estimula a presença do/a acompanhante para todos/as os/as doentes. Estende o fornecimento de refeições para todos/as os/as acompanhantes provenientes do interior do estado.

A concessão de refeição aos acompanhantes de pessoas que residem na cidade em que está localizado o hospital, pode ser autorizada após avaliação da situação social da família, das possibilidades de rodízio de acompanhante, local de moradia,

¹⁶ O Sistema Único de Saúde garante o direito ao acompanhante as pessoas acima de 60 anos, menores de 18 anos e pessoas especiais. Para essas, remunera as instituições hospitalares através da “diária de acompanhante”.

facilidades e dificuldades para locomoção e outros. Muitas vezes, dependendo dessas condições, é fornecida uma refeição/dia, sendo permitido ao acompanhante escolher entre almoço ou jantar.

É mantido ainda no hospital, espaço equipado para que os/as familiares possam conservar alimentos, aquecer refeições trazidas do domicílio, porém, algumas vezes, os/as acompanhantes consideram-se prejudicados em relação às normas e em relação ao que é concedido a outros/as acompanhantes. Nesses casos, foi possível constatar que a avaliação negativa é atribuída ao profissional que realizou a avaliação, à assistente social.

Esse foi o caso da familiar X, residente da cidade, acompanhante principal de um/a doente internado/a por um período longo na instituição, que estava recebendo apenas uma refeição dia. Não tendo sua solicitação atendida, levou o tema para reunião de acompanhantes, expondo o/a profissional assistente social, que não estava presente, diante de todos/as os/as demais acompanhantes ao relatar a situação e seu entendimento. Insistia, repetidamente, que a assistente social não tinha ido com sua “cara”, e que esse era o motivo da não liberação das refeições. No entanto, qualquer observador/a mais atento/a poderia perceber em seu relato, que haviam outros fatores envolvidos em sua insatisfação: o stress emocional pela longa permanência na instituição, a falta de organização e colaboração da família que não auxiliava no acompanhamento à pessoa internada e outros (NOTA DE CAMPO, 2005).

Não desconsiderando as reais necessidades e os anseios do/a acompanhante, sequer questionando seu desejo de uma condição igualitária para todos/as os/os acompanhantes, independente das regras institucionais, discute-se aqui a posição do/a profissional e as pressões que tais situações assumem no cotidiano de trabalho. A avaliação dos serviços de saúde pelo usuário depende de diversos fatores, nem sempre ao alcance das instituições e dos/as profissionais envolvidos/as. Depende do resultado do tratamento, da estrutura colocada à disposição dos/as trabalhadores/as para gerenciar as necessidades de cada usuário em particular, dos recursos disponíveis.

Na situação específica do acompanhamento da pessoa internada, os usuários conquistaram, nessa última década, ganhos importantes. Nesse sentido, aconteceu a abertura para o/a acompanhante hospitalar de grupos vulneráveis, como é o caso do/a

idoso/a, das crianças e adolescentes, das pessoas especiais. O sistema público passa a remunerar, através das diárias hospitalares do/a acompanhante no SUS, as instituições de saúde e a política nacional de humanização têm investido na sensibilização dos/as profissionais e instituições para o acolhimento desse sujeito (SILVA et al., 2002).

No entanto, embora a maioria das instituições públicas de saúde tenha incorporado em parte essa política, não houve adequação dos espaços para a sua prática, as unidades assistenciais destinadas aos usuários não foram ampliadas, não há instalações sanitárias destinadas aos acompanhantes, os serviços de nutrição não foram adequados à nova realidade. As instituições e os/as profissionais gerenciam com dificuldades essa nova conquista e isso nem sempre é compreendido por todos os usuários (SILVA et al., 2002).

As políticas implementadas pelos programas de avaliação da qualidade nas instituições de saúde, nessas situações, acabam por gerar constrangimentos e desgaste aos profissionais que têm de responder por tais condições e pelos limites impostos, ficando mais expostos a “controles” e avaliações nem sempre consideradas justas e adequadas.

Percebeu-se, na observação, ainda que de modo sutil, uma preocupação dos/as profissionais quanto às tarefas que necessitam ser executadas em função das metas de qualidade; por exemplo, um quantitativo mínimo de reuniões mensais com família, número de atividades de educação permanente, número de avaliações preenchidas pelos usuários e outros.

É importante esclarecer que a preocupação está centrada no registro dessas atividades, pois que na observação constata-se que as mesmas são realizadas no dia-a-dia, naturalmente, de acordo com a necessidade, mas é com base nos registros que acontece a avaliação.

A adoção de um modelo alternativo de gestão, como é o caso do Programa de Qualidade, que tem sido colocado como alternativa ao modelo clássico de organização do trabalho taylorista-fordista, mantém um forte controle sobre os/as trabalhadores/as, através da avaliação do cliente externo, e da intensificação de procedimentos burocráticos, preenchimento de papéis e outros procedimentos. Essa condição dificulta a autonomia e a participação, que são elementos fundamentais para a conformação de

novas formas de organização do trabalho (GUIMARÃES, 1995; LARANGEIRA, 1999a; CHANLAT, 2000; GELBCKE, 2000).

Não obstante as críticas ao programa de qualidade em curso na instituição oncológica, percebe-se que este tem produzido resultados importantes, tanto no que diz respeito à organização dos/as trabalhadores/as envolvidos/as no processo de trabalho, quanto na relação destes/as com os usuários. A avaliação do processo de cuidados paliativos é realizada sobre situações que foram definidas pelos/as próprios/as trabalhadores/as na construção do processo, como, por exemplo, atividades de educação continuada realizadas, número de reuniões com família, número de reuniões com acompanhantes, realização de reunião multiprofissional semanal e participação de profissionais nas reuniões, estudos de caso e outros. A avaliação da satisfação do usuário/familiar é apenas um dos aspectos constantes no processo, analisado em relação aos demais aspectos presentes no processo.

Nesse sentido, entende-se que o gerenciamento pelo programa de metas de qualidade tem reforçado, na instituição estudada, a idéia de desenvolvimento nos serviços de saúde de um sistema de gestão que combine dois elementos: responsabilização social com controle gerencial. A participação dos usuários/familiares nas diversas situações que envolvem o cuidado assistencial tem contribuído para que estes/as conheçam sua condição de saúde/doença, de modo a favorecer sua integração ao processo, permitindo a tomada de decisão quanto a tratamentos e cuidados que recebe, favorecendo a construção de autonomia.

A vivência desse processo pela equipe de cuidados paliativos tende a combinar metas e espaços de decisão, normas e espaços para trabalhar com as situações inesperadas, tudo com o objetivo de alcançar melhor resultado para os atores envolvidos neste processo – trabalhadores/as, instituição e usuários.

Sem a pretensão de minimizar as dificuldades e insatisfações dos/as profissionais com o gerenciamento pelas metas de qualidade, em especial com a avaliação do “cliente” proposta pelo programa, o que observei durante a investigação foram, majoritariamente, situações de grande satisfação e reconhecimento por parte da maioria dos usuários. As situações de insatisfação são, sem sombra de dúvidas, situações de exceção que sempre estarão presentes na dinâmica dos serviços de saúde,

uma vez que estes lidam com uma diversidade de sujeitos com desejos e necessidades nem sempre compatíveis com a realidade dos serviços.

A reflexão acerca do organograma institucional, da proposta de gerenciamento e da escolha dos/as dirigentes institucionais aponta as dificuldades existentes. Essas dificuldades dizem respeito ao isolamento do Hospital de Apoio das instâncias mais altas de decisão, as quais não têm participação no cotidiano hospitalar, desconhecem a realidade cotidiana do trabalho, de modo que as macro-decisões político-administrativas nem sempre contribuem para o desenvolvimento do trabalho.

Sofre interferência das decisões tomadas. Sofre bastante. Uma grande interferência foi quando há alguns anos atrás se decretou que a *instituição* não iria mais fornecer medicação nenhuma para seus pacientes. Isso é uma interferência muito grande, porque os nossos pacientes, principalmente quando estão em cuidados paliativos demandam uma utilização muito grande de medicações de vários tipos. Naquela época foi uma mudança muito grande. Foi uma quebra de paradigmas. [...] A gente penou muito, mas atualmente [...] nós vimos que na realidade nós temos que jogar um pouco da responsabilidade pra cima dos municípios. Eles têm que assumir um pouco. “Ah, mas penaliza o paciente, o paciente tem que correr atrás da medicação”. Eu acho que não, porque não é o paciente que tem que ir atrás da medicação. Quem tem que ir atrás da medicação é o familiar. [...]. Se tem alguém doente, alguém da família dá um jeito de ir atrás do remédio. Não é todo mundo que trabalha todo dia, o dia inteiro, 24 horas por dia. Isso não existe. Aqui o serviço social vê, se tem alguém de alta o serviço social já vai atrás, mas no ambulatório não dá para fazer isso. A única medicação que nós realmente fornecemos são os opióides. Só! Porque não tem como conseguir em outro lugar. O paciente não vai conseguir de jeito nenhum. E algumas medicações de uso controlado, que têm no SUS, o paciente consegue. O que não tiver no SUS, daí ele vai ter que comprar (m3/ECP).

A escolha dos/as dirigentes institucionais, via indicação, também é polemizada por alguns/as integrantes do estudo. No caso específico da ocupação dos cargos de subgerência pela enfermagem, por opção do/a diretor/a atual da instituição, essa situação provoca reações entre as demais categorias profissionais. É nesse sentido que se manifesta um/a do/as integrantes do estudo, afirmando que tal decisão “provoca um desvio de atenção”, “um olhar privilegiado” para determinado segmento institucional.

Não questiono a pessoa. A nossa subgerente hospitalar [...]. Ela foi eleita [...] democraticamente pela enfermagem. Isso gerou um desvio de atenção muito sério. [...] Você tende a observar mais determinada situação do que outra. Os outros serviços não participaram. [...] O processo tem que ser democrático. O ideal é isso. Mas imagina que tu vai eleger alguém [para] coordenar o hospital e que se coloque só uma categoria profissional fazendo isso [...] ¹⁷.

¹⁷ Neste posicionamento, especificamente, não referenciei o/a profissional para evitar a sua identificação na instituição.

Por outro lado, a maioria dos/as profissionais admite que a escolha do/a profissional enfermeiro/a para ocupação das subgerências se justifica pela importância e volume de trabalho que cabe a essa categoria no trabalho institucional.

A direção [escolhe a subgerente]. O Diretor nesta gestão deu preferência que todos os subgerentes fossem enfermeiros. [No hospital] é enfermeira, lá no complexo é outra enfermeira e no TMO é outra enfermeira. Graças a Deus não tenho nenhum problema com a subgerente. É maravilhoso. Porque são a comissão de frente do hospital. Já pensou colocar um administrador para ser subgerente do hospital de oncologia. Não tem nada a ver. Tem um exame não vai saber como é que é. Nem como agilizar. Precisava ser um enfermeiro mesmo (to/ECP).

A discussão acerca do papel e do lugar da enfermagem na gestão dos hospitais é analisada por Cecílio e Mendes (2005, p. 18). Os autores, com base em investigação realizada em um hospital municipal público, concluem que

são as enfermeiras as verdadeiras tecedoras de relações entre os diferentes profissionais e entre as diferentes unidades assistenciais para assegurar o cuidado integral dos pacientes, apesar delas estarem fixas nas unidades assistenciais e não percorrermos, como os médicos a linha de cuidado dos pacientes. Ela é a verdadeira gerente do cuidado ao paciente, orquestrando o processo de trabalho da equipe de enfermagem e estabelecendo relações com as unidades de produção meio como farmácia, almoxarifado, lavanderia, esterilização e outros, para garantir insumos e equipamentos necessários para evitar a desassistência.

Cecílio (1997a, 1999) e Pires (1998) referem-se à participação e influência das diversas áreas na gestão dos hospitais. Sobre o papel de psicólogos/as, nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos/as, bioquímicos/as, fisioterapeutas na gestão hospitalar, os autores avaliam que os mesmos têm uma influência mais restrita, uma vez que se encontram dispersos na estrutura hospitalar e são numericamente muito menores em relação aos demais profissionais.

Para Cecílio (1994), o organograma verticalizado das instituições hospitalares, não tem facilitado a comunicação dos diversos grupos profissionais. A linha de mando vertical tem alimentado os conflitos e reforçado as diferenças (CECÍLIO, 1997a).

O histórico desses conflitos, a trajetória de cada grupo profissional nessas instituições, implica que uma vivência relativamente nova, que se propõe a criar algum canal de comunicação horizontal entre as diversas profissões, também apresenta resistências importantes entre os/as profissionais, habituados/as a uma condição anterior, gerando novos movimentos, críticas e disputa de poder que precisam ser trabalhados.

4.3 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E A EQUIPE GERONTOLÓGICA

Trata-se de um Hospital Universitário federal, público e gratuito, situado no sul do Brasil. Caracteriza-se como órgão suplementar de uma Universidade criada como autarquia de regime especial, vinculada ao Ministério da Educação. O hospital foi inaugurado em 1980, após mais de duas décadas de luta de professores/as e alunos/as da referida Universidade, por um espaço que propiciasse as condições necessárias ao ensino, pesquisa, extensão e assistência na área de saúde.

Configura-se em um hospital de médio porte e de média complexidade, que atende a população do estado, exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde. A instituição possui cerca de 260 leitos de internação nas áreas Médica, Cirúrgica, Tratamento Intensivo, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Neonatologia e Alojamento Conjunto. Possui, ainda, uma Unidade de Tratamento Dialítico, unidade de Emergência Adulto e Infantil, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Centro de Esterilização e um ambulatório especializado de média e baixa complexidade. Possui, também, uma estrutura própria de serviço de imagem, exames diagnósticos e laboratoriais, além de outros serviços necessários para a prestação da assistência como nutrição, farmácia, lavanderia, serviço de compras e almoxarifado, unidades administrativas e de manutenção, engenharia biomédica e outros.

Com base na lógica de complexidade de serviços, desde a segunda metade da década de 1990 esse Hospital passou a funcionar como unidade de referência da rede do Sistema Único de Saúde, intensificando o atendimento de usuários em todas as especialidades.

Nesse hospital, está inserido o Núcleo Interdisciplinar de Gerontologia. Trata-se de uma proposta de atuação em equipe interdisciplinar de atenção à pessoa idosa (acima de 60 anos), criada no ano de 1988 com o objetivo de prestar atendimento bio-psico-social, de modo a contribuir para uma maior autonomia e vinculação social desse segmento populacional. Tem por finalidade melhorar a qualidade de vida dos/as idosos/as, prevenindo agravamento das patologias por carências múltiplas e conseqüente reincidência de internação (DOCUMENTO INSTITUCIONAL N° 4)¹⁸.

¹⁸ Informações retiradas dos registros da primeira reunião da equipe gerontológica realizada em 23/03/1988 com a participação de profissional de medicina, enfermagem, serviço social, nutrição e psicologia.

4.3.1 A inserção no sistema de saúde; a estrutura de serviços e de recursos humanos; o financiamento das ações de saúde e as condições de trabalho institucional

O financiamento das ações de saúde dessa unidade advém parte do Ministério da Educação, através da contratação de pessoal via Regime Jurídico Único das autarquias federais e outros. Outra parte do financiamento ocorre pelo pagamento de serviços prestados ao SUS. No que diz respeito a esta última modalidade de financiamento, a mesma vem sofrendo sucessivas mudanças no decorrer dos anos. Desde 2005, o financiamento da instituição acontece através de contrato de metas pactuadas com a Secretaria de Estado da Saúde¹⁹.

No que tange a recursos humanos, atualmente o quadro de profissionais da instituição é composto por cerca de 1300 servidores públicos contratados via concurso público federal e 130 trabalhadores/as contratados via Fundação privada em regime CLT. Os serviços de apoio como limpeza, vigilância e outros são realizados por empresas terceirizadas, desde a década de 90, quando diversas carreiras foram extintas do serviço público. Há hoje, cerca de 200 trabalhadores/as terceirizados atuando na instituição. Também os serviços terceirizados são financiados com os recursos provenientes da prestação de serviços ao SUS.

Os/as trabalhadores/as da instituição, excetuando os/as terceirizados/as, possuem contrato de trabalho de 20 horas semanais para o/a profissional médico/a e 40 horas semanais para os/as demais trabalhadores/as. Estes/as últimos/as, em função de acordos internos, não oficiais, praticam uma jornada de trabalho reduzida de 30 horas semanais. São regidos/as pelo Regime Jurídico Único das autarquias federais e possuem todos/as os mesmos direitos trabalhistas²⁰.

A contratação de pessoal precarizado, via CLT, e a externalização de parte dos

¹⁹ Até o ano de 2005 o referido hospital era remunerado por serviço prestado, segundo as tabelas de procedimentos do Sistema de Informações da produção Ambulatorial e hospitalar (SIA-SIH/SUS). A contratualização por metas pactuadas passa a remunerar o hospital com base nas médias históricas SIA/SIH; Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa (FIDEPS); incentivo a contratualização; incentivo a alta complexidade e teto para realização de exames ambulatoriais de média complexidade, este último mediante produção. O convênio realizado pelo hospital e Secretaria de Estado da Saúde (SES) propõe uma comissão constituída por representantes do hospital, da SES, da comunidade acadêmica e dos usuários para controle e acompanhamento do processo (DOCUMENTO INSTITUCIONAL Nº5).

²⁰ Os/as cerca de 150 trabalhadores/as contratados/as via Fundação privada são celetistas e possuem direitos trabalhistas diferenciados, incluindo política de reajuste salarial; jornada de trabalho de 20, 30 e 40 horas semanais conforme contrato; direitos a liberações para capacitação; licenças-saúde e outros. Internamente, muitos dos benefícios existentes são estendidos a estes/as trabalhadores/as.

serviços, nessa instituição, têm sido questionadas e colocadas em pauta pelas entidades sindicais em todos os movimentos reivindicatórios dos servidores públicos, devido às conseqüências para as condições de trabalho, para as relações de trabalho e em função da destinação de recursos que deveriam ser aplicados em atividades assistenciais para a manutenção de folhas de pagamento. Não tem tido também, a aprovação dos/as trabalhadores/as da instituição, que percebem, ao longo do tempo, uma piora dos serviços prestados por empresas terceirizadas (MATOS, 2002).

No que diz respeito ao hospital universitário, embora preste relevante serviço à comunidade do estado em que está inserido, a instituição vivenciou, nos últimos anos, o mesmo processo de crise que envolve as Universidades brasileiras. Basicamente não recebeu investimentos expressivos por um período aproximado de 15 anos, resultando em um sucateamento importante de materiais e equipamentos, bem como uma deterioração de sua área física.

A ausência de concurso público federal regular para reposição do quadro permanente de pessoal, levou, nos últimos anos do governo passado, a transferência dos recursos provenientes do pagamento por serviços prestado ao SUS para o financiamento de pessoal, de modo a assegurar o funcionamento da instituição e a capacidade instalada de serviços prestados.

Desde 2002, com a implantação do atual governo federal e das novas propostas de financiamento dos hospitais públicos, a instituição começa a mostrar sinais, ainda que incipientes, de recuperação e investimento em sua estrutura de prestação de serviços.

A realização de concurso público a partir de 2002, embora não tenha atendido a necessidade total de reposição de pessoal na instituição, permitiu a redução de pessoal contratado e o investimento em outras áreas. Em 2002, havia na instituição aproximadamente 450 trabalhadores/as contratados através da Fundação privada, remunerados/as pela receita proveniente do SUS. Com as reposições via concurso público nos anos de 2002, 2003 e 2005, esse número pôde ser reduzido²¹.

²¹ A reposição de pessoal via concurso público federal aconteceu nas áreas de atividades fim, como medicina, enfermagem, nutrição, serviço social e outros. Para as áreas de apoio, especialmente a área administrativa, foram repostos apenas 5 trabalhadores/as no ano de 2005. Considerando que a instituição não tem nesta área, adequação de quadros de pessoal desde a década de 80, passou-se a utilizar como mão de obra para estas atividades estudantes universitários, remunerados por bolsa de trabalho e treinamento. Atualmente, o hospital possui aproximadamente 200 estudantes bolsistas contratados por 20 horas semanais, atuando nas diversas áreas, realizando atividades de competência de profissionais, caracterizando uma situação de exploração e precarização do trabalho, que vem sendo sistematicamente denunciada pela comunidade universitária.

As dificuldades relacionadas a recursos humanos, no entanto, não se resumem a reposição de pessoal. Até os dias atuais algumas especialidades, como, por exemplo, fisioterapia, terapia ocupacional e outras não foram integradas ao quadro institucional. Outras áreas como psicologia, nutrição e serviço social, sem expansão de quadros, permanecem com um número de profissionais praticamente igual ao da abertura do hospital na década de 80. Estas dificuldades relacionadas a recursos humanos interferem nas ações da equipe:

Nós não temos Terapeuta Ocupacional, não temos fisioterapeuta (m4/EG).

Eu fico em alguns momentos constrangida de ver pessoas que estão ali contribuindo com a gente e não são remuneradas pra isso. Como a psicóloga, por exemplo, ela está ali atendendo, faz 4 anos. Faz um trabalho super importante, faz o grupo de memória. Quando não pode atender aqui, atende no consultório e não tem salário. [...]. Tem boa vontade (e4/EG).

Sobre as condições de trabalho, os/as integrantes do estudo destacam especialmente as dificuldades com a integração de profissionais ao grupo e a dependência do trabalho voluntário. Na atualidade, participam do núcleo cinco profissionais médicos/as, sendo que destes/as, dois são voluntários/as. Entre os/as médicos/as efetivos/as, dois desempenham outras atividades assistenciais e de ensino na instituição e têm horários limitados para o Núcleo. Há ainda um/a enfermeiro/a e um/a assistente social concursados/as e um/a psicólogo/a voluntário/a.

Além desses, o Núcleo conta com a participação ativa de professores/as do Departamento de Enfermagem da Universidade e, eventualmente, com outros/as profissionais voluntários/as.

Na equipe gerontológica, a não priorização da instituição de alocação de profissionais para o núcleo, contribuiu para que nos últimos anos a equipe se tornasse dependente, em parte, do voluntariado profissional para a realização da assistência.

Temos hoje poucos médicos, um enfermeiro, uma assistente social. Nutricionista nós não temos. Os demais profissionais são voluntários. [...]. Isso dificulta. [...]. A nossa demanda é grande. Às vezes tem que bloquear a agenda porque senão nós não vamos dar conta. [...] Precisaria criar novos dias de atendimento [...]. Nós ficamos muito sobrecarregadas (e4/EG).

A integração de profissionais voluntários/as ao Núcleo, segundo os/as profissionais, traz reflexos positivos e negativos para a organização e realização do trabalho.

Não interfere, na medida em que estas pessoas que vêm aqui conosco como voluntárias são responsáveis. [...] Já tivemos alguns problemas [...]. Algumas pessoas que vieram, abandonaram, e daí, nós ficamos com uma agenda extensa sem ter como se virar. Mas as pessoas que estão atualmente conosco [...] se consideram como membros da casa (e4/EG).

Nós tivemos também voluntários problemas. [...]. Voluntários que queriam trazer uma ideologia pra cá (m5/EG).

A instituição existe há 26 anos e nessa trajetória tem passado por imensas dificuldades que têm reflexo para os diversos serviços organizados, dentre eles o Núcleo de Gerontologia. Por cerca de 10 anos, esteve sem quaisquer recursos para investimento em sua estrutura, seja essa relativa à ambiente, equipamentos ou outros.

Ao processo de sucateamento e desgaste dessa estrutura, acompanhou um crescimento na participação dessa instituição no atendimento a atenção à saúde da população do estado em que se situa, especialmente a partir do ano de 1996. O aumento no volume de atendimentos, no entanto, não foi acompanhado de mudanças na estrutura da instituição (QUADRO 4).

No que diz respeito à área ambulatorial, na qual atua a equipe Gerontológica, não existe perspectiva, a curto e médio prazo, de investimentos e ampliação na estrutura física. A maior parte dos equipamentos e materiais permanentes da área ambulatorial foi adquirida na década de 80 e estão sujeitos ao desgaste pelo longo tempo de uso.

Os [consultórios] são muito pequenos, apertados, poderíamos ter um pouco mais de área física. Um pouco mais arejados. Uma vez eu pedi umas poltronas que são fabricadas aqui [na cidade], onde se fabrica [...] equipamentos para dentistas [...]. Criaram umas cadeiras muito boas para atender, é odontológica mais adaptaram para o idoso. Se nós tivéssemos nuns dois consultórios, porque às vezes nós não conseguimos deitar os pacientes na maca. Essa cadeira tu viras, com o botaozinho. Vira, suspende, eleva as pernas do idoso. Sem ele fazer força, porque às vezes vem aqueles idosos obesos, cheios de problemas pra gente botar ali em cima da mesa, até tu atenderes, tem mais cinco para atender. Examinar cada um. Não consegues ver algumas coisas, deixa passar (m5/EG).

Nos últimos quatro anos, a área ambulatorial recebeu alguns equipamentos novos para procedimentos diagnósticos de endoscopia alta e baixa, broncoscopia, oftalmologia, eletroencefalograma, cardiologia, radiologia e outros, qualificando melhor essa área de atenção. Destaca-se, ainda, o projeto em andamento para o ano de 2006, de informatização dos consultórios ambulatoriais. O processo de recuperação dessa estrutura, no entanto, ainda é lento, considerando as necessidades existentes.

Quadro 4 – Evolução do número de leitos, consultas ambulatoriais e de emergência e internações na instituição hospitalar universitária.

ANO	CONSULTAS		NÚMERO DE LEITOS	INTERNAÇÕES
	AMBULATÓRIO	EMERGÊNCIA		
1980 ²²	13.019	486	86	742
1990	92.873	78.139	148	2978
1995	125.035	94.113	237	4557
1996 ²³	124.834	102.947	246	7689
2000	132.211	119.127	250	9240
2005	151.737	100.346	260	9608

Fonte: Setor de Estatística do Serviço de Prontuário do Paciente da Instituição Hospitalar Universitária, 2006.

No que diz respeito às condições de trabalho na instituição, muitos são ainda os problemas existentes, que interferem na realização das atividades e na atenção prestada. Dentre as dificuldades relativas às condições de trabalho, os/as integrantes da equipe gerontológica apontam: falta de material didático e outros para realização do trabalho, espaço físico inadequado, retribuição salarial e outros.

Nesse sentido, a psicologia, pela especificidade do trabalho, aponta as dificuldades existentes no ambiente físico para a atenção psicológica:

Eu gostaria que fosse uma sala bonitinha e não aquela sala com uma mesa horrorosa. Que não entrassem na sala quando eu estou atendendo, porque tem sala que não tem tranca. Mas eu estou numa instituição que é aquilo mesmo. [...] Na terça-feira atendo em um [consultório] e na quinta em outro. Um tem tranca, outro não tem. [Estou] atendendo e alguém entra. E aí tem algum infeliz que não consegue fechar a porta quando sai. Deixa aberta. Incomoda, a gente está ali mobilizando o paciente. [...] Eu gostaria de ter uma poltrona, um lugarzinho mais gostoso. E botar uma placa: não entre (ps/EG).

Outras dificuldades, relacionadas à aquisição de material para atividades específicas com os/as idosos/as, são sentidas pelos/as profissionais.

[Não tem] recurso didático, pra você fazer um trabalho bacana. [Eu] levava transparência, teve material que não consegui passar porque eu não conseguia retro-projetor. Eu precisava da sala, ela não estava disponível. E me ofereceram aquela salinha do setor X que tem um quadro horroroso. Uma vez estava reservada uma sala para mim e o pessoal da casa tomou. Fiquei meio sentida. Poxa! Acho que não está sendo valorizado o trabalho. Uma época tinha uma listinha que era para sair material pra gente, eu coloquei: massa de modelar, argila, transparência, cartucho de tinta colorida. Eu tenho usado a minha para poder fazer um material mais bonito, já que não tinha data-show. Isso eu nem cogitava! Até hoje não vi esse material (ps/EG).

Precisávamos ter umas melhorias. Nós temos a nossa salinha [...]. E o meu lado pessoal, eu pretendo nos próximos anos me desligar de algumas coisas e ficar 8 horas dentro do hospital [...]. Aí vou poder trabalhar mais. Não no sentido de ficar

²² Os dados do ano de 1980 vão do mês de maio a dezembro, data de abertura do Hospital Universitário.

²³ Ano de abertura do serviço de maternidade, incluindo as áreas de centro Obstétrico, Alojamento Conjunto e Neonatologia.

atendendo mais, mas ver as necessidades. Em algumas épocas o hospital esteve bem melhor [...]. Não tinha as condições, a tecnologia que nós temos hoje, mas tinha boa vontade. [...]. Hoje já não é tão assim. Temos um serviço de apoio que ainda está faltando muito (m5/EG).

Do mesmo modo que os/as trabalhadores/as da instituição oncológica, os/as profissionais da instituição universitária consideram que a remuneração que recebem não é adequada, não atende as necessidades de sobrevivência. Entendem também que a baixa remuneração não justifica o não envolvimento com o trabalho.

Independente do teu salário tu tens que trabalhar, tem que ter as tuas responsabilidades com o teu usuário, o teu horário, porque ele não tem culpa do que está por trás disso (as2/EG).

4.3.2 O organograma institucional e a gestão do trabalho

No que diz respeito ao organograma institucional (FIGURA 2) e ao modelo de gestão, a instituição adota, desde a sua abertura, um organograma verticalizado que contempla, no nível mais elevado da administração, uma Direção Geral e Diretorias Setoriais de Medicina, Enfermagem, Apoio Assistencial e Administração.

As diretorias dessas quatro áreas específicas se organizam através de divisões, serviços, seções e núcleos²⁴.

A ocupação dos cargos gerenciais acontece a cada 4 anos e de modo diferenciado dependendo da instância de decisão e da organização de cada diretoria setorial. A direção geral é ocupada por profissional docente, eleito por professores/as e alunos/as dos diversos cursos do Centro de Ciências da Saúde da referida Universidade e profissionais lotados/as no hospital.

A escolha das diretorias setoriais e das chefias nos diversos níveis ocorre por indicação do diretor geral, excetuando aquelas ligadas à Diretoria de Enfermagem, que, desde 1985, escolhe todos/a os/as ocupantes dos cargos através de eleição direta. A partir da segunda metade da década de 90, também a Diretoria de Medicina passou a escolher o/a diretor/a clínico/a através de processo eleitoral.

Por último, o organograma contempla, também, um Conselho Diretor composto

²⁴ Os núcleos não fazem parte do organograma formal da instituição, não são reconhecidos pelo serviço Público. No interior da instituição funcionam como forma alternativa de organização de unidades sem função gratificada, reconhecida pelo Ministério da Educação (ME), mas são reconhecidos pelas direções e desenvolvem parte importante da atenção à saúde.

por segmento docente e discente dos diversos departamentos dos cursos da área da saúde; diretor geral e diretorias setoriais; representação de trabalhadores/as das diversas diretorias e representação da comunidade. Na trajetória da instituição percebe-se a inoperância desta instância de decisão, que, desde a sua criação, ao final dos anos 80, reuniu-se em poucas ocasiões.

A instituição conta, desde 2001, com uma associação de voluntários/as que tem empreendido, nos últimos 5 anos, ações para arrecadação de recursos visando à recuperação da área física e melhorias para os usuários.

O modelo gerencial da instituição segue a lógica da departamentalização existente nas universidades brasileiras e a gestão tem forte influência dos departamentos de ensino dos cursos da área da saúde, principalmente no que diz respeito ao curso de medicina. Exemplos que ilustram essa influência são: a organização das unidades assistenciais de internação em leitos por especialidades e a gestão médica da atenção ambulatorial por serviços especializados, ligados aos departamentos de ensino.

A lógica de departamentalização interfere também na organização do grupo.

Ligado à direção geral, porque ele era interdisciplinar, então não podia ficar ligado a um departamento. E os departamentos que a gente passou, os caras eram muito médicos. Eu lembro assim que eu levei a idéia para o nosso departamento e para a cirúrgica. Na cirúrgica mesmo eles caíram de pau: 'mas como é que tu vais trabalhar de igual para igual, se hospital é hospital, a assistente social vai escrever no teu prontuário'. Aquelas coisas de médico. Foi um trabalho. [...] O ideal era que fosse interdisciplinar, [que] tivesse uma ligação com todos os departamentos. Acabou não ficando (m5/EG).

No que diz respeito à experimentação de modelos alternativos de gestão, registra-se na instituição, em nível de Direção Geral, a tentativa, na década de 90, de implantação de um modelo baseado na Qualidade Total e a iniciativa da gestão atual, a partir de 2005, de adoção do Planejamento Estratégico Participativo para determinar os rumos institucionais. Esta iniciativa, porém, ainda se encontra em fase de construção e consolidação.

Outras experiências de gestão participativa podem ser observadas em diretorias setoriais, especialmente na Diretoria de Enfermagem.

Destaca-se a experiência desenvolvida na gestão 1996 - 2000 por iniciativa da Diretora de Enfermagem através do programa Vivendo e Trabalhando Melhor (VTM). Esse programa, desenvolvido com assessoria do Centro de Aprendizagem Vivencial, configurou-se em uma proposta de mobilização da categoria, de otimização dos trabalhos e das relações

interpessoais na equipe de enfermagem. Fundamentado em um esforço de reflexão das práticas e dos papéis desempenhados pelos/as integrantes da equipe de enfermagem, o VTM teve por perspectiva a atualização das identidades profissionais desses/as trabalhadores/as, tendo em vista alcançar maior satisfação pessoal e profissional e melhoria da qualidade do trabalho desenvolvido (LEITE; FERREIRA, 2002).

Desse programa, resultaram diversas iniciativas envolvendo a educação permanente, o gerenciamento do trabalho e outros. Essas experiências, incluindo o VTM, foram desenvolvidas na perspectiva de construir um trabalho mais participativo e prazeroso para os/as trabalhadores/as de enfermagem, no qual os/as profissionais se responsabilizassem pelas suas escolhas no exercício do trabalho, seja na sua organização, seja nas relações estabelecidas.

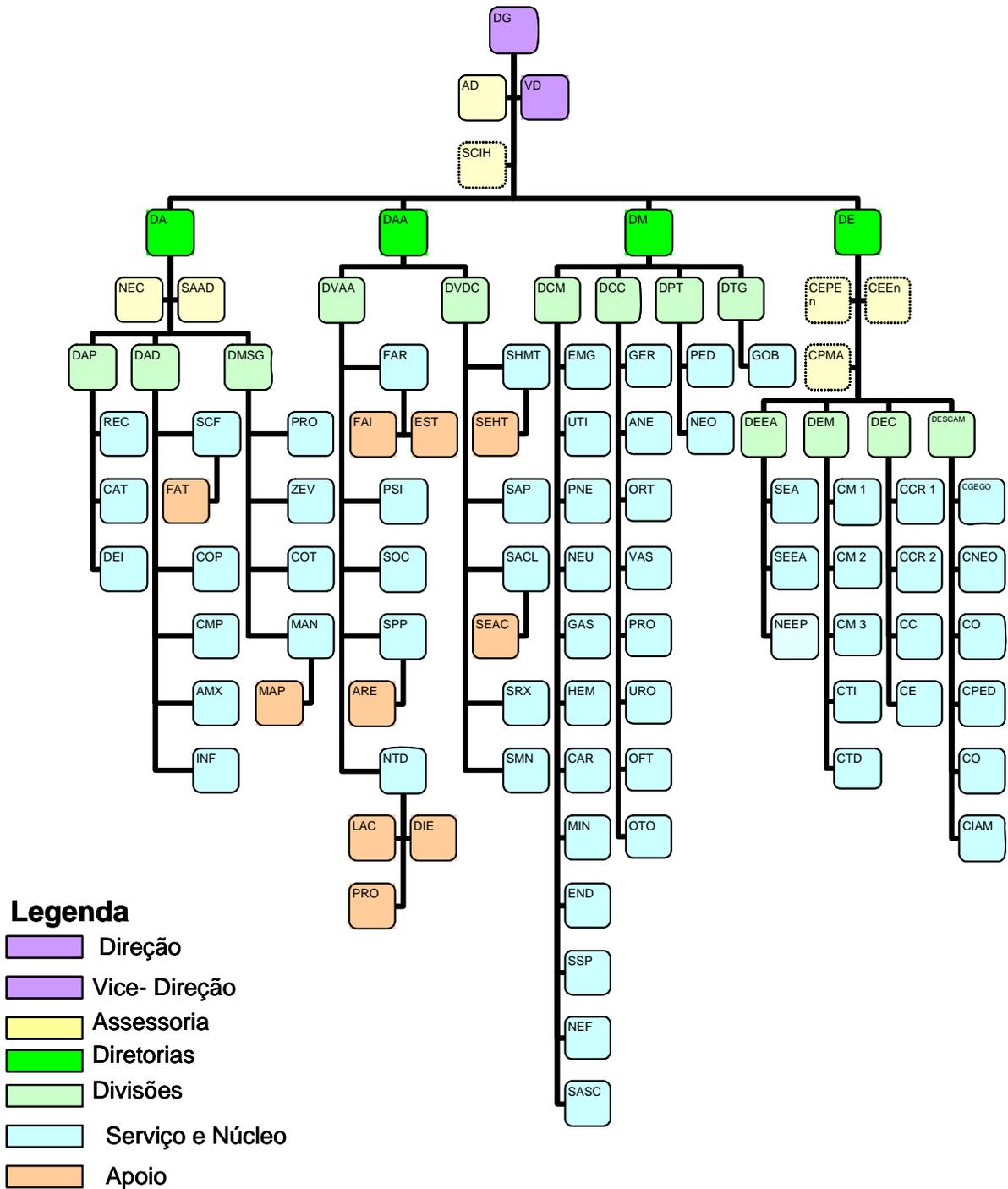
O histórico de democratização das relações internas de trabalho, construídos internamente, ao lado da participação e influência da comunidade universitária na gestão da instituição, resulta na necessidade de negociação e mobilização coletiva quando da realização de mudanças com vistas ao engajamento coletivo e essa ainda não é uma prática consolidada na instituição como um todo.

Isso é percebido em relação à arrecadação de recursos provenientes da prestação de serviços, assumido pela instituição desde 2005. Esse novo modelo amplia as possibilidades de recuperação econômico-financeira da instituição, porém não acontece sem resistências no meio hospitalar, em função das mudanças que provoca na lógica de atendimento e funcionamento dos diversos serviços e do ensino, além do aumento nas cargas de trabalho²⁵.

Historicamente, a adesão da instituição aos modelos de financiamento tem ocorrido nas instâncias superiores, sem a participação dos/as trabalhadores/as, nem mesmo através de suas representações no Conselho Diretor, uma vez que o mesmo não tem se mostrado operante.

²⁵ Na equipe gerontológica, os efeitos desse plano de contratualização por metas pactuadas modificam significativamente a dinâmica de atenção e restringe a autonomia da equipe no gerenciamento das atividades ambulatoriais. A adscrição da clientela, realizada até 2005 segundo orientações internas da instituição, mas com forte intervenção da equipe que adequava número de consultas novas/retornos de modo a priorizar a clientela já vinculada na atenção ambulatorial, passa em parte ao controle da Secretaria Estadual de Saúde, através da central estadual de marcação (DOCUMENTO INSTITUCIONAL N° 5). Este processo tem trazido insatisfações, tanto para os/as profissionais como para os usuários, implicando em negociações e adequações ao novo modelo.

Figura 2 - Organograma da instituição hospitalar universitária, 2006²⁶.



²⁶ A siglas constam no Anexo 1.

CAPÍTULO V - PROCESSO DE TRABALHO NAS EQUIPES INTERDISCIPLINARES: OS ASPECTOS POTENCIAIS PARA A CONSTRUÇÃO DE NOVAS FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Na análise do processo de trabalho das equipes estudadas, considerei o pressuposto de que a atuação em equipes interdisciplinares consiste em um modo diferenciado de organização do trabalho, que, por princípio, inclui a inserção de todos/as os/as envolvidos/as no ato assistencial de saúde, a gestão compartilhada do processo de trabalho e a articulação do saber e do fazer como base para a divisão do trabalho entre os/as profissionais.

A organização científica do trabalho (OCT) destaca o princípio da separação entre “planejamento, concepção e direção” das tarefas de “execução” (TAYLOR, 1979). A expectativa de superação desse princípio da administração científica envolve a distribuição de poder nas organizações, com conseqüente participação do/a trabalhador/a nos processos decisórios, de modo a ampliar os espaços de democracia nas instituições. Ainda assim, o debate acerca da participação na gestão e organização do trabalho engloba posições diversas e muitas vezes contraditórias, principalmente no que diz respeito ao modo como ocorre a participação e em que esfera do trabalho ela acontece.

5.1 PARTICIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E DAS EQUIPES INTERDISCIPLINARES NO PROCESSO DECISÓRIO DA INSTITUIÇÃO

A análise da participação diz respeito a sua prática tanto nos processos mais globais da instituição como no processo de trabalho das equipes, uma vez que, freqüentemente, os debates acerca das novas formas de organização do trabalho abordam a participação como uma condição primeira para a superação do princípio taylorista de separação entre concepção/direção/coordenação e execução do trabalho.

Diz respeito também à participação dos usuários na gestão dos serviços públicos de saúde, porém, dado os limites desse estudo, a participação da sociedade organizada não foi aprofundada. Constata-se, entretanto, que nas duas instituições de saúde existem instâncias de participação dos usuários, através de conselhos gestores e associação de voluntários/as, e que, além disso, no entendimento dos/as profissionais, há a noção de que esse segmento organizado é capaz de dispor de mecanismos para garantir uma assistência de saúde de melhor qualidade.

Se tem uma força capaz de mudar a situação é o berro do paciente, mas não um berrinho. É um berro muito alto, constante e estridente. A ponto de que acabe incomodando o ouvido de alguém. Porque se ficarem sofrendo baixinho, gemendo, ninguém liga. Isso eles sabem pela história (m2/ECP).

No que diz respeito à participação do/a trabalhador/a na vida institucional e no processo mais amplo de definição das políticas da instituição, alguns/as dos/as integrantes do estudo apontam que a participação existe, porém ela ocorre de modo diferenciado nos diferentes níveis organizacionais. Percebem-se participando mais ativamente nos espaços mais próximos do trabalho cotidiano.

Participam. Pelo menos a gente é chamada a participar. [...]. Esta coisa do hospital estar aqui e o ambulatório lá atrapalha muito. Eu agora tenho feito parte da direção do centro de estudos eu tenho ido muito lá no ambulatório. Então eu começo a ver as coisas diferentes, porque tem essa separação. Mas eu acho que a *instituição* ainda precisa melhorar isso. [...]. As coisas aqui ainda estão muito separadas, mas no hospital a gente participa. [...] No nível institucional, [...] aí eu acho que ainda precisa melhorar muito (fs/ECP).

São pessoas que não estão alheias à instituição, tentam conhecer a instituição e tentam ajudar a instituição. Eu posso falar que o grupo que é do hospital tenta. Pelo menos a tríade que é a enfermeira, o médico e a assistente social tem essa intenção [de participar] (m5/EG).

Na instituição oncológica, os/as integrantes do estudo referem que a participação não ocorre de modo equilibrado, alguns/as trabalhadores/as têm um grau de participação alto, outros/as não participam. De modo geral, a maioria dos/as entrevistados/as entende que poderia participar mais das decisões institucionais. Relaciona a pouca ou a não participação pelo excesso de trabalho e incompatibilidade de horários.

Poderíamos participar mais. Têm alguns que participam muito, até demais eu diria [...] têm outros que participam menos. Mas nós como um todo, poderíamos estar participando mais. [...]. O espaço existe, o negócio é aquela coisa de administrar o tempo. Muitas reuniões em que a gente deveria estar presente, nisso eu me coloco, são os

horários produtivos da gente, de consultório, de ambulatório, de visita hospitalar. Então, pro médico praticamente está difícil participar mais ativamente (m1/ECP).

Na equipe gerontológica, os/as integrantes do estudo destacam a dificuldade de acesso às direções como dificultador da participação. Nesse sentido, não se consideram “ouvidos” em seus problemas e dificuldades.

Muito pouco. [...]. Não sei, mas deveria ser chamado mais o grupo. A direção chamar e perguntar: como vocês trabalham? O que vocês estão fazendo? O *coordenador* coloca que o acesso dele com a direção está melhor. Porque a outra direção nem te escutava. [...] Chegava lá, estava no computador, não parava para escutar o teu problema. A gente teve algumas conquistas é claro. [...]. Mas a coisa está meio emperrada. [...] Tanto que nós não temos [...] uma nutricionista que poderia, deveria ter (as2/EG).

Na equipe de cuidados paliativos, questiona-se a centralização das decisões e o desconhecimento dos mecanismos de decisão por parte dos/as trabalhadores/as. Alguns setores poderiam influenciar positivamente na tomada de decisão, como é o caso da enfermagem, que detém a maior estrutura numérica de pessoal, e que se omite de intervir no processo decisório, centralizando suas atividades na assistência sem uma visão global da instituição. Salientam a dificuldade de os/as profissionais se colocarem como sujeitos participativos, ocupando os espaços de participação existentes.

Da vida institucional não. [...] Eu fiz isso. Agora é que eu estou saindo de algumas coisas. [Os profissionais] não têm essa visão da instituição. [...]. Conhecer o plano institucional, o planejamento estratégico, as diretrizes da instituição, saber os trabalhos que estão sendo feitos. Pra isso tu tens que estar participando de uma série de questões. Nós temos bimestralmente uma avaliação de monitoramento dos serviços. É um momento do planejamento estratégico. [...] A gente ali estaria retratando tudo que está se fazendo, quais as dificuldades, os pontos críticos. Sou representante técnico da qualidade no hospital. Na *Fundação* sou do conselho de curadores, quer dizer, tenho uma visão que vai além da *instituição* hoje. [...] Por ter galgado outros caminhos além da farmácia. [...]. Dentro do hospital, além da *subgerente*, eu diria que eu é que estou mais por dentro, porque eu participo de várias comissões. [...]. E daí a enfermagem que é o peso, não participa ativamente. Voltam-se única e exclusivamente para a assistência. [...] Elas não querem mais nada além daquilo. [...]. A assistência é o que tem de mais... [...] É o primordial, mas não é possível que tu a faças sem a visão de tudo o que está em volta. Então elas não saem do tempo delas, da questão delas ali. [...] A maioria tem isso, sabe. [...]. Na qualidade, que a gente precisa da inserção deles [...] eles não se envolvem. [...] Não têm visão do todo da *instituição* (fr/ECP).

Pelo destaque dado pelos/as integrantes do estudo acerca das limitações da participação nos espaços decisórios, por conta das prioridades estabelecidas pelos/as trabalhadores/as, pelo desconhecimento dos espaços de participação, retoma-se Demo (1996), para o qual a necessidade de participação vem da condição de desiguais.

Participação é “essência de autopromoção e existe enquanto conquista processual”. Isso significa dizer que não existe participação suficiente ou acabada, “trata-se de um processo histórico infundável” que faz dela “um processo de conquista de si mesma”. Quando se imagina completa, se começa a regredir (DEMO, 1996, p. 13-18).

Participação supõe compromisso, envolvimento, presença na abertura de espaços. Sendo conquista, não interessa a participação concedida, doada. E é nesse sentido que se faz necessária a reflexão e definição dos/as trabalhadores/as sobre os espaços que desejam ocupar, até onde desejam realmente participar dos rumos das instituições, tornarem-se sujeitos desse processo.

Leite e Ferreira (1996, 1997) e Matos (2002), em estudos relacionados às relações de trabalho e a organização do trabalho da enfermagem em uma instituição pública de saúde, destacam a existência de uma cultura de “reclamações”, própria dessa categoria, porém aplicável a muitas outras categorias profissionais nas instituições de saúde, em que se responsabiliza os/as outros/as, sejam as chefias, os/as colegas, a direção, pelas dificuldades presentes nas instituições e na organização do trabalho coletivo. Leite e Ferreira (1996, 1997) alertam sobre a importância de priorizar espaços de discussão e debate dos problemas, buscando mecanismos para superar as dificuldades existentes, evitando essa cultura de reclamações que imobiliza e desmotiva a construção de soluções coletivas.

Do mesmo modo, a coerente priorização da atividade assistencial não pode servir de escudo para a não participação nas decisões institucionais, para o não envolvimento com as políticas e rumos da instituição, quando se quer construir um trabalho motivador e de qualidade. “Pensar e fazer” a instituição caminham lado a lado, não são atividades excludentes sob o ponto de vista dos novos modelos organizacionais.

Para alguns/as trabalhadores/as, a participação está relacionada a receber informações, conhecer o que foi decidido pelas instâncias superiores, para outros/as saber o que foi decidido não significa participação ativa.

O coordenador tem as reuniões e todas as reuniões são passadas pra nós. Tudo o que está acontecendo tanto no complexo como aqui é passado pra nós. Todo o andamento de todas as decisões que são tomadas são passadas pra nós. Tem essa comunicação. [...]. Participa, porque é passado tudo. [...] tem até aquelas reuniões relâmpagos que eu falei [...]. E também é colocado no mural. Por escrito. [...]. O

“Recursos *Humanos*”, hoje em dia, está cada vez mais com a equipe, [...] eles estão transitando mais [...] para ter o conhecimento de tudo isso. Então, tudo que é resolvido lá dentro, [...] eles passam pra nós por escrito ou através de reuniões (te2/ECP).

A *subgerente* traz as coisas, só que muitas vezes as coisas vêm prontas, então fica em nível de conhecimento. Não é culpa dela, muitas vezes vem pronto e ela tem que devolver. Ela já sabe até a resposta que tem que levar. [...] A *subgerente* tem uma qualidade, ela chama todos os profissionais. Pelo menos ela chama, ela tenta trazer as coisas pra equipe que está aqui, [para] os profissionais que são responsáveis pelos setores. Mas participação ativa a gente não tem (as1/ECP).

Para alguns/as integrantes do estudo, a participação acontece através da representação de algum agente da equipe com maior trânsito e influência nas instâncias de decisão institucional.

Nós temos um representante, a médica X. [...] Ela tem em si uma série de características importantes. Primeiro, ela é uma pessoa cientificamente respeitada. [...] Cientificamente é inatacável. Não há como dizer que aquilo que ela propõe e que nós fazemos em conjunto está errado. [...] Até gostaríamos, mas não tem como. A segunda coisa é que, pessoalmente, agora tirando a questão dela ser médica, ela pessoalmente é uma pessoa muito respeitada. [...] Correta, honesta, boa administradora, provada. Essa estrutura que nós temos aqui agora existe porque ela construiu na gestão dela. O ambulatório e tudo o mais também. É uma pessoa que atuando na *Fundação* também mantém o mesmo perfil. É uma pessoa competente, é uma pessoa realmente admirável. [...]. E tem um terceiro aspecto, politicamente ela é muito forte. [...] Tem forte influência política [...]. Tudo isso junto numa pessoa acaba sendo muito importante, e dá na pessoa dela um poder desproporcional pra nós dentro da *instituição*. Porque nós somos três só [médicos], os outros serviços todos são muito mais que o nosso. Todos! Mas nós acabamos tendo um poder de interferência política [...] muito maior que o nosso tamanho. Talvez por isso não se metam com a gente. [...] Eu procuro não me meter na vida institucional. Eu detesto a burocracia (m2/ECP).

Nós? Muito pouco. Eu acho que como tem a figura da *médica X* que está inserida lá, faz parte da diretoria, então ela participa. Ela consegue algumas coisas para o cuidado paliativo porque está lá. A gente não participa. [...]. A gente fala: isso, isso e aquilo, mas a gente não modifica (nt/ECP).

Decisões vindas da direção não. Muitas coisas [...] são colocadas e a gente aceita. E algumas decisões que forem ligadas a nós serviço, isso a gente participa. Muito mais o *coordenador* [...]. Ele discute conosco enfermeiros e a gente participa. O técnico não participa. Ele [coordenador de enfermagem] não participa da reunião de direção. Ele às vezes pode opinar, mas é aquela coisa, já vem meio pronto pra ele. A gente discute muito na nossa unidade. O *coordenador* é muito aberto assim neste ponto. Ele compartilha [as decisões] que ele pode. Algumas ele não pode (e3/ECP).

Muitas e variadas têm sido as posições acerca da participação. Pateman (1992, p. 95), em seu estudo sobre participação e teoria democrática, ressalta a definição imprecisa desse termo, amplamente debatido pelos/as autores/as que escrevem a administração.

Discute a partir daí três tipos de participação: a pseudoparticipação, a

participação parcial e a plena. Como pseudoparticipação, define as situações em que não ocorre participação alguma na tomada de decisão. Nesses casos, estão incluídas as situações em que os/as supervisores/as, ao invés de informar aos subordinados/as a respeito de determinada decisão, deixam que os/as mesmos/as discutam, dando a falsa impressão de participação na tomada de decisão (PATEMAN, 1992).

A participação parcial é definida como aquela em que o/a trabalhador/a não tem poder decisório, porém influencia na tomada de decisão. Para a autora, “influência” não é o mesmo que “ter poder” decisório, portanto, não é sinônimo, nem necessariamente significa participação (PATEMAN, 1992, p. 96).

Por participação plena, Pateman (1992, p. 98) entende as situações em que “não existem dois lados com poderes desiguais de decisão, mas um grupo de indivíduos iguais que tem de tomar suas próprias decisões a respeito da atribuição das tarefas e execução do trabalho”. Para a autora, a participação plena “é possível em todos os níveis da administração, do mais baixo ao mais alto”.

Trindade (2004) utiliza a tipologia de Pateman (1992) para a análise da participação de trabalhadores/as na definição do processo de trabalho em uma indústria têxtil. Em seu estudo, Trindade (2004) conclui que muitos dos fatores que os/as trabalhadores/as citam como participação, como por exemplo, “ser informado das decisões sobre a produção”, “dar sugestões”, “informar os resultados do trabalho ao supervisor”, “colaborar”, não representam na verdade participação nem NFOT, uma vez que algumas dessas condições também estavam presentes na organização taylorista do trabalho.

Também nessa perspectiva, a participação representativa de membros da equipe em esferas mais elevadas da administração não implica necessariamente em participação, para Trindade (2004).

Bordenave (1994, p. 22-23) estuda o fenômeno da participação e justifica que a informação pertence ao mais baixo nível de participação, em uma classificação que passa por: informação, consulta, elaboração/recomendação, co-gestão e autogestão. Para o autor, participação significa “fazer parte, tomar parte, ter parte”. Existem diferenças na qualidade da participação e o que importa, nesse sentido, é definir não o quanto, mas o como se faz parte.

Demo (1998, p. 19-20), no entanto, afirma que “não é realista apresentar a falta de espaço de participação” nem os limites existentes na realidade como “problema em si”, pois “como tendência histórica, primeiro se encontra a dominação, para depois, se conquistada, a participação”. A ausência de espaços, nesse sentido, é ponto de partida, motivo que mobiliza a buscar a participação, a conquistá-la. Para o autor, excetuando as situações de extrema repressão e coibição da participação, não existe espaço em que não se tenha a mínima oportunidade de exercê-la. O que acontece é que todos os processos participativos profundos tendem a ser lentos, mas se, se entendê-los como necessários, não “é coerente com seu processo de conquista escondermos-nos atrás das dificuldades”. A participação “supõe compromisso, envolvimento, presença” para resultar em abertura de “espaços crescentes e nunca terminados de participação”.

Por esse caminho, Campos (2000a, p.133), ao discutir um modelo de gestão para as instituições de saúde, destaca a “participação dos trabalhadores na construção da ‘totalidade’ da própria ‘empresa’”, apostando que a “co-gestão amplia as possibilidades de um trabalho prazeroso”. Para o autor, a “elaboração conjunta de diretrizes, objetivos, objeto e método de trabalho, tomando todo esse processo como Obra coletiva”, não elimina as dificuldades, nem diminui o trabalho penoso, “mas permite relações mais afetivas e prazerosas com o trabalho”, transformando-o em uma obra de todos/as, com contribuições singulares de cada um/a dos/as integrantes, que se colocam efetivamente como construtores/as de cada realidade de trabalho.

Por último, para a maioria dos/as entrevistados/as, a participação nas decisões globais da instituição não acontece. Para os/as integrantes da equipe de cuidados paliativos, o fato de o hospital de apoio estar instalado em uma área isolada, distante do complexo ambulatorial, onde funcionam as instâncias administrativas e a direção geral, é um dos responsáveis pelo distanciamento entre trabalhadores/as e direção.

Não. Eu percebo bem claramente isso quando eu vou lá conversar com meu diretor, gerente técnico, gerente administrativo [...]. E quando eu falo com o diretor sobre a necessidade de reposição de pessoal – não de contratação de pessoal. Quando eu falo de uma política institucional voltada para um lado mais saudável do profissional, quando eu apresento o número de atestados [...], afastamentos por atestado psiquiátrico... Eu já tive afastamento por tentativa de suicídio dentro desta instituição! E quando eu apresento pra ele esta estatística e eu não vejo o retorno, isto pra mim é muito desmotivador. E eu percebo enquanto enfermeiro, que os outros serviços também solicitam, mas que a gente não anda mais que a solicitação (e2/ECP).

Vou te falar uma coisa. O Complexo está lá. Nós sabemos que vamos pra lá. A gente sabe, ouviu por comentário da subgerente que vai ter um espaço para TO, [...] um espaço para a fisio. Sabe por ouvir. Ainda não nos chamaram. Eu espero que chamem. Isso ainda é muito falho dentro *da instituição* (to/ECP).

Não. [...] A direção está lá, a gente tá aqui, é como se fosse outro mundo. Enquanto assistente social, não tenho nenhuma participação. A não ser, é raro, algum outro assunto que seja exclusivo do serviço social [...]. A participação ativa, não tem (as1/ECP).

Na equipe gerontológica, um/a entrevistado/a percebe que decisões importantes, que alteram significativamente os rumos da instituição, interferem na assistência prestada aos usuários, não são debatidas com os/as trabalhadores/as envolvidos/as.

Este ano nós tivemos um exemplo bem grande [...]. Nós chegamos em janeiro, caiu uma bomba, essa mudança na marcação de consulta. Graças a Deus nós conseguimos preservar as nossas marcações. Senão ia ser um caos enquanto grupo. Já pensou consultar aqui e voltar depois de um ano não sabe pra quem! Eles iam perder justamente esta característica, esta identidade com o grupo que a gente julga importante. Não fica aquele vínculo. Eu sei até algumas razões, mas não foi em momento algum perguntado para as bases, que é quem estaria operacionalizando diretamente. Não foi de maneira alguma perguntado para nós. Eu não acho que nós participamos (e4/EG).

É possível perceber nas falas dos/as entrevistados/as que a participação na tomada de decisão ao nível mais global da instituição é algo bem questionável, pois mesmo quando é possibilitada a participação não existe retorno para os problemas levantados.

É certo que, em se tratando de serviço público de saúde, muitos dos problemas levantados pelos/as integrantes do estudo estão, na maioria das vezes, fora da possibilidade de solução pelos/as gestores/as, como, por exemplo, a contratação e alocação de pessoal para os serviços. No entanto, a participação dos/as trabalhadores/as nos espaços decisórios institucionais, segundo as teorias da administração, pode melhorar a satisfação do/a trabalhador/a e a relação com o seu trabalho. Para Campos (2000a, p. 133), a participação dos/as trabalhadores/as na construção de projetos e processos de trabalho “mobiliza paixões, ao obrigá-los a encarar o ‘princípio de realidade’ e as incertezas do futuro, criando novas marcas sobre o mundo”.

A participação na gestão institucional poderia dar mais “transparência” às tomadas de decisão, aproximando gestores/as e trabalhadores/as na construção da instituição “possível”, considerados os limites existentes. Pela forma como acontece a gestão dos serviços, resulta que os/as trabalhadores/as não se percebem como co-

partícipes do processo decisório e, segundo Guimarães (1995), não o são realmente. Para a autora, muitas das inovações gerenciais que têm sido colocadas como NFOT não deveriam ser assim chamadas, pois a participação ocorre apenas em espaços restritos do processo de trabalho e os/as trabalhadores/as não têm realmente influência sobre a gestão e resultados da empresa.

Nas realidades estudadas, a participação e a intervenção dos/as trabalhadores/as no processo decisório acontecem, muitas vezes, não no momento de tomada de decisão inicial, mas quando do surgimento dos problemas decorrentes da tomada de decisão dos/as gestores/as sobre determinados aspectos do processo de trabalho. É o caso das mudanças no sistema de marcação de consultas, apresentado pelo/a profissional da equipe gerontológica e, nesse sentido, o/a trabalhador/a percebe-se excluído do processo decisório, pois inicialmente sua experiência não foi reconhecida. Nessas situações, é procedente a proposta de Campos (2000a) em defesa de um sistema de gestão que contemple as perspectivas dos vários pólos envolvidos no trabalho em saúde: a administração, os/as trabalhadores/as e os usuários. Envolvidos no processo, é possível que os distintos pólos conheçam os limites e as potencialidades existentes e busquem soluções que atendam minimamente às necessidades de todos/as os/as interessados/as. Quando tal condição não é possível, que ao menos se possibilite que todos/as conheçam as motivações que levaram à decisão tomada.

Da análise da participação nos processos decisórios mais globais da instituição, percebem-se as limitações existentes, sejam elas por fatores ligados às instituições e aos dirigentes, seja por limitação dos/as próprios/as trabalhadores/as de se colocarem enquanto sujeitos nesse processo. Embora existam espaços e os/as entrevistados/as manifestem uma pequena participação nos processos decisórios da instituição, concentra-se no *locus* de atuação das equipes um potencial maior de participação, como se verá mais adiante.

Há de se ponderar também, que, sendo a participação um processo em construção, infundável por princípio e exigindo sempre mais espaço a cada conquista, os/as trabalhadores/as das duas instituições estudadas têm avançado significativamente na construção desses espaços.

Na instituição em que está colocada a equipe gerontológica, os/as

trabalhadores/as há alguns anos escolhem os/as dirigentes por eleição direta, experimentam, ainda que com dificuldades, práticas inovadoras de gestão, como, por exemplo, o planejamento estratégico participativo no plano institucional e a vivência da proposta de gestão pelo programa “Vivendo e Trabalhando Melhor da Diretoria de Enfermagem”, dentre outros.

Na instituição oncológica, destaca-se a participação dos/as trabalhadores/as na gestão através das instâncias da Fundação que administra o serviço; na gestão realizada através das diversas comissões institucionalmente constituídas para gerenciamento de resíduos hospitalares, fármaco vigilância; do programa de qualidade total, e outras.

5.2 GESTÃO, ORGANIZAÇÃO E DIVISÃO DO TRABALHO NAS EQUIPES INTERDISCIPLINARES

A discussão da divisão e organização do trabalho em saúde coloca em pauta a questão do saber e do poder nas organizações. No trabalho assistencial, a divisão e a organização do trabalho dizem respeito aos saberes disciplinares-profissionais presentes no ato assistencial e a distribuição de poder entre os/as portadores/as desses saberes específicos.

O processo de trabalho em saúde hoje envolve, majoritariamente, um trabalho profissional, desenvolvido em instituições destinadas a esse fim, embora possa ser realizado em outros espaços. Nas instituições prestadoras de serviços de saúde, os grupos profissionais dividem o projeto assistencial em saúde, segundo lógicas próprias de cada profissão, do conhecimento e das práticas desenvolvidas ao longo da história (PIRES, 1999).

O trabalho em saúde faz parte do todo social e é por ele influenciado. A organização do trabalho em saúde sofreu influências da organização do trabalho na sociedade, principalmente do modelo taylorista-fordista e vem sofrendo influência das mudanças que acontecem na organização do trabalho da produção material-industrial nas últimas décadas (PIRES, 1998). Desse modo, os debates que hoje são travados na sociedade sobre a gestão e organização do trabalho, as propostas e as experimentações que vêm sendo colocadas em prática no mundo do trabalho afetam e influenciam o

trabalho no setor saúde.

Nesse cenário, as NFOT em saúde ganham espaço de discussão na perspectiva, tanto de um melhor aproveitamento dos recursos disponíveis para aplicação em saúde, na incorporação e utilização de novas tecnologias, quanto no que diz respeito à construção de um trabalho mais motivador e criativo para o/a trabalhador/a, na inclusão do usuário na gestão e organização dos serviços, dentre outros (PIRES, 1998; CAMPOS, 2000a; MATOS, 2002).

Porém, o que se observa, ainda nos dias atuais, em relação ao trabalho em saúde, é a existência de um trabalho fortemente hierarquizado e fragmentado.

Os diversos profissionais de saúde, com suas lógicas próprias de conhecimentos e práticas, exercem, nos espaços institucionais, um trabalho fragmentado, sem a necessária articulação entre os saberes e fazeres, resultando em um trabalho que não atende às necessidades dos usuários – que são seres humanos multidimensionais, cujas necessidades ultrapassam os limites de cada profissão.

Para Peduzzi (1998, p. 28), “a divisão do trabalho em saúde se dá de forma processual e complexa, cada trabalho que se individualiza assim o faz pela necessidade histórica de sua peculiar atuação especializada, configurando saberes e ações que lhe são próprios e singulares”. Reflete, assim, o desenvolvimento técnico-científico e a própria dinâmica social das práticas de saúde que resulta em “subdivisões sistemáticas dos trabalhos” e os “parcelamentos das tarefas interiores a cada área de atuação, desdobrando núcleos com recortes cada vez ‘mais manuais’ que vão sendo delegados sucessivamente” a trabalhadores/as parciais e especializados/as.

Nesse processo, ocorre a valorização diferenciada dos diversos saberes e trabalhos. Na área da saúde, o trabalho médico constitui-se como hegemônico e mais valorizado que o trabalho dos/as demais trabalhadores/as.

Para Pires (1989, p. 145), a hegemonia médica no setor saúde, verificada no Brasil e em todo o mundo,

é fenômeno resultante do processo de apropriação pelos médicos do saber de saúde dos povos, transformando-o em saber médico. Foi construída num processo de múltipla determinação, que envolveu a relação orgânica dos médicos aos interesses das classes dominantes, nos diversos momentos históricos, o controle que este grupo exerceu sobre o processo de profissionalização dos demais exercentes das ações de saúde, sobre a formação e a emissão das normas disciplinadoras do exercício profissional e pela apropriação dos cargos administrativos gerencias das instituições de saúde a

serviço dos interesses econômicos hegemônicos e da manutenção do *status quo*, bem como pela intervenção, enquanto categoria, no próprio aparelho de Estado.

O destaque ao saber médico biologizante e seu *status* científico em relação aos demais saberes surge na fala dos/as integrantes do estudo tanto quando tratam da dinâmica do processo de trabalho nas equipes interdisciplinares, como quando abordam as relações da equipe com outros/as profissionais da instituição.

No que diz respeito ao todo institucional, as equipes interdisciplinares interagem continuamente com profissionais de outras especialidades, utilizando-se de pedido de parecer para a atenção ao usuário, quando esse necessita de especialistas não existentes no grupo.

Agora mesmo eu fui entregar um parecer de uma paciente que a gente está acompanhando mais de perto, que querem levar para um neuro lá fora. Aí a gente troca, [...] conversa, principalmente agora que ficou muito quente essa coisa da memória, sabe. Essa questão demencial está vindo muito à tona. Interessante e acho que é uma coisa da medicina, eles viram assim: memória! É muito mais palpável, porque o trabalho da psicologia eles não entendem. Eles acham que nem vão entender o que você fala e a memória não. É outra coisa. Eles conseguem ver, conseguem entender, tem um lugar na cabeça onde aquilo acontece. Então pra eles é mais fácil chegar à gente por aí. E eu acho que é até um caminho, se a psicologia começasse a fazer, para que as pessoas vissem o que é a psicologia, porque no consultório [eles] não sabem o que tu estás fazendo. Só quem sabe és tu e o paciente (ps/EG).

A equipe gerontológica utiliza-se, basicamente, do pedido de parecer para fazer a articulação com os/as demais profissionais da instituição. Possui, inclusive, reserva de vagas em especialidades como oftalmologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia e outras, de modo a facilitar a atenção ao idoso e garantir que este não tenha que permanecer em filas de espera para marcação de consultas. Essas vagas foram obtidas não por uma lógica institucional de funcionamento das diversas especialidades, mas pela iniciativa dos/as profissionais do grupo que investiram no meio institucional e obtiveram esse ganho para sua organização. Embora as vagas sejam limitadas e não atendam todas as necessidades, diminuem o tempo de espera do usuário para obtenção de consulta, e permitem que saiam do consultório já com sua consulta agendada.

Depois de um árduo esforço. [...] Conseguimos ter algumas vagas com especialistas, que nós marcamos. [...] Tem duas vagas, três por mês, que é a primeira consulta. O retorno não. Pacientes novos nós marcamos lá. [...] São vários profissionais. Alguns deles, como a psiquiatria, [...] já fazia atendimento específico pra gente, nós sempre encaixávamos. Agora está formalizado. [...]. Não só dos nossos pacientes, às vezes, os próprios postos de saúde ligam para nós solicitando, e sendo um idoso, nós

marcamos. Mas [os profissionais] não necessariamente tem ligação com o grupo, [...] exceto o *psiquiatra* que já tinha uma ligação anterior. Não está no grupo, mas discutimos os casos [...]. Ele sempre está disponível, gosta, sempre está fazendo trocas. Tem o espírito interdisciplinar (e4/EG).

No entanto, entre esses/as especialistas e a equipe interdisciplinar, raras vezes, acontece à articulação necessária para a interdisciplinaridade. Os encaminhamentos são realizados de médico/a para médico/a, às vezes pessoalmente, quando se trata de um caso mais urgente e, a integração entre os/as profissionais acontece pelas anotações no prontuário, quando estas são registradas adequadamente.

Também na equipe de cuidados paliativos, a articulação entre as especialidades médicas ocorre através do pedido de parecer, realizado de médico/a para médico/a. Observa-se que o grupo utiliza o pedido de parecer segundo as normas institucionais, porém é freqüente também, a solicitação informal de pareceres a colegas da mesma instituição.

Funciona com pedido de parecer. Solicitação de parecer médico. [...] Se é uma especialidade que tem dentro do sistema do SUS no Estado, geralmente não tem maiores problemas. Alguns profissionais são mais difíceis de conseguir. Por exemplo, endoscopia. No geral, a gente consegue a avaliação. É só fazer pedido de parecer, um contato telefônico que normalmente você consegue (m3/ECP).

Nessa última equipe, observa-se que os/as profissionais têm a preocupação de acompanhar o atendimento do/a profissional da especialidade consultada, ou pelo menos realizar um contato antecipado para expor a situação do/a doente. A decisão sobre a solicitação de parecer às especialidades, geralmente é discutida nas reuniões de equipe, e nesse momento um/a profissional médico/a, na maioria das vezes um/a residente, é responsabilizado/a para entrar em contato com o/a especialista e acompanhar a avaliação. É definido pela equipe, também, o que vai ser discutido com esse/a profissional.

Nas vezes em que observei esse acontecimento, percebi pelos debates do grupo, que a preocupação da equipe está centrada naquilo que o/a especialista poderia propor como intervenção para o caso e como isso seria repassado para o/a doente e para o/a familiar. Algumas vezes ouvi: “mas vamos cuidar com o que ele vai propor para a família, ele não conhece a situação como nós, pode criar expectativas incompatíveis com a condição do doente e depois nós vamos ter que administrar isso aí” (NOTA DE CAMPO, 2005).

Na consulta a outras especialidades médicas, não se evidencia, na maioria das vezes, uma “disposição” ou “intenção” para a relação interdisciplinar. As consultas são agendadas, ou os pedidos de pareceres são solicitados e os/as especialistas “respondem” a essas solicitações sem que se evidenciem interações ou articulações profissionais mais significativas. A “resposta” ao parecer solicitado retorna a equipe que toma as decisões sobre o caso. O modo como acontece essa relação deixa explícito que a atuação dos/as especialistas externos é pontual e que esses/as não fazem parte das equipes interdisciplinares.

Nessas situações, a atenção prestada ao usuário é percebida como “diferenciada” tanto pelos/as profissionais como pelos usuários dos serviços.

Eu tive aquele derrame pleural, quem tinha que cuidar era o especialista em pulmão. Então parecem duas coisas totalmente a parte. [...] Ele nunca veio aqui fazer parte da equipe. Eu não entendo muito porque é multidisciplinar se às vezes eles nem se vêem. [...] Às vezes eles nem se falam. [...] Eles ficam vendo só o que está escrito no prontuário. [...] Eu não sou pequenas partes, eu sou um todo. Então às vezes, não sei, me provoca graça. [...] O que eles entendem mesmo por multidisciplinar? (us1/ECP).

Nas duas equipes, a intermediação entre os/as especialistas acontece pela relação direta dos/as profissionais médicos/as e, poucas vezes, percebe-se a atuação direta dos/as demais profissionais da equipe, exceto para solicitação/marcação das consultas. Predomina, nessas situações, a orientação do saber da biomedicina e a análise do processo de trabalho dentro de uma mesma profissão – a medicina – seguem a lógica das especialidades.

As equipes interdisciplinares trabalham a integração “possível” com esses/as profissionais, não atingindo, na maioria das vezes, a integração necessária. Considerando a visão que possuem da interação interdisciplinar, a articulação que vivenciam internamente às equipes, evidencia-se, desse modo, o seu próprio enclausuramento como especialidade, não conseguindo transpor as fronteiras da própria equipe. Explicitam, portanto, na prática, os limites de experiências dessa natureza para a superação do modelo hegemônico de atenção à saúde, quando se toma para a análise o todo organizacional.

A compreensão que esses grupos detêm do processo interdisciplinar, o esforço que empreendem para a atuação no interior das equipes, poderia traduzir-se em

relações diferenciadas com os/as demais profissionais da instituição, ultrapassando os limites da própria equipe, contribuindo para um projeto assistencial mais integrador.

No entanto, não é possível desconsiderar que esses/as profissionais vivem suas próprias contradições, são frutos da fragmentação presente na sociedade e na formação profissional. Ao mesmo tempo em que reagem à fragmentação, são por ela seduzidos. O aproveitamento que fazem dos espaços institucionais que podem favorecer a articulação interdisciplinar, de modo a romper com as barreiras colocadas pela fragmentação do conhecimento e da organização do trabalho acontece na medida de suas possibilidades e da própria realidade.

5.2.1 A composição profissional e a divisão do trabalho nas equipes interdisciplinares

No que diz respeito à composição das equipes estudadas e à divisão do trabalho, internamente, essas equipes integram realidades institucionais complexas de atenção à saúde, nas quais muitos são os trabalhos desenvolvidos. Inserem-se em um processo de trabalho mais amplo, marcadamente influenciado pelo modelo biomédico hegemônico de produção de serviços de saúde e produção do conhecimento.

Os/as profissionais nas duas equipes estudadas fazem parte de uma estrutura institucional, desenvolvem nela atividades ligadas somente àquela equipe interdisciplinar, e/ou estão envolvidos/as com outras equipes da instituição.

Eu estou na oncologia clínica e nos cuidados paliativos porque eu sou o único terapeuta do hospital de apoio. Então eu dou atendimento nas duas unidades e no transplante de medula óssea, que nós temos também, lá no *hospital 1*. [...] Eu sou o único terapeuta em atividade na *instituição*. [...] Então tenho que cobrir desta maneira (to/ECP).

Faço o plantão no serviço social. E também atuo com grupo de apoio aos familiares de Alzheimer (as2/EG).

O processo de trabalho nas equipes interdisciplinares pode, portanto, englobar a totalidade das experiências desses sujeitos na instituição, ou ser uma de suas vivências.

Vivenciam as mesmas facilidades e dificuldades colocadas para o desenvolvimento do trabalho que os/as demais trabalhadores dessas instituições. Nesse contexto, experimentam modos próprios de organização do trabalho, construídos ao

longo de suas histórias e ao falar das atividades que realizam na estrutura da instituição destacam a superioridade do processo de trabalho interdisciplinar.

Em outro lugar isso não existia. Meu Deus! Muito pouco, muito pouco. Onde eu via, até em relação à enfermagem um pouquinho mais com os pacientes, seria nos apartamentos. [...] Pela quantidade [de trabalho] elas têm um pouco mais de tempo, mas não se compara com o que a gente vê aqui. O próprio médico, muito formal também [...]. Tem uma coisa ou outra que sempre vai existir porque as pessoas são pessoas. Nem sempre a gente consegue chegar ao que quer, mas eu acho que é bom. Não vou dizer que é muito bom, porque não é uma perfeição. [...] Aqui dentro do hospital a gente vê a diferença em relação ao paliativo e ao outro lugar (nt/ECP).

Convivem nas equipes, trabalhadores/as de diferentes categorias profissionais. Na equipe de cuidados paliativos, o processo de trabalho compreende a participação direta de médicos/as, enfermeiros/as, assistente social, farmacêutico/a, nutricionista, terapeuta ocupacional e técnicos/as de enfermagem.

A equipe gerontológica compreende a participação direta de médicos/as, enfermeiro/a, assistente social e psicólogo/a.

Os/as integrantes do estudo, tanto na equipe de cuidados paliativos como na equipe gerontológica, abordam o processo de trabalho a partir da finalidade primeira do mesmo, a atenção à saúde de usuários em situações específicas de saúde-doença, com vistas à necessidade de qualidade de vida. Destacam, também, as finalidades relativas aos trabalhadores e à instituição.

Na análise do trabalho desenvolvido pelas equipes interdisciplinares, encontram-se situações que estão de acordo com o exposto por Pires (1998), ou seja, nas duas equipes estudadas os/as profissionais desenvolvem suas atividades com maior ou menor proximidade do usuário, dependendo da profissão e das atividades que lhes cabem no processo de atenção à saúde. Os/as médicos/as estabelecem uma relação direta com os usuários, através da consulta ambulatorial, da atenção domiciliar e da atenção hospitalar. São responsáveis pelo diagnóstico, internação, tratamento, incluindo exames e a alta do usuário, bem como a continuidade do tratamento, seja ele ambulatorial ou hospitalar.

Na instituição universitária, os/as médicos/as são contratados/as da instituição ou voluntários/as da equipe. Os/as médicos/as contratados/as atuam no serviço ambulatorial exclusivamente, ou realizam apenas parte de sua jornada de trabalho

contratual na equipe, dedicando-se também a outras áreas do hospital, sendo que um/a dos/as integrantes da equipe atua também como professor/a universitário/a.

Cumprem uma agenda atendendo cerca de 10 usuários/dia, conforme estabelecido pela instituição, porém este número pode sofrer variações em função de “encaixes” solicitados pelos próprios usuários que procuram o serviço quando de alguma intercorrência. Os/as profissionais voluntários/as atendem um número menor de usuários, em acordo com a equipe. Na instituição, todos/as os/as profissionais voluntários/as, independente da categoria profissional, possuem um contrato de voluntariado profissional com a instituição, com o objetivo de evitar problemas trabalhistas.

Na instituição oncológica, os/as médicos/as são contratados/as da instituição, e recebem gratificação por produtividade ou “*pró-labore*”, podendo, também, possuir vínculo adicional através da Fundação. Atuam na atenção ambulatorial, na atenção domiciliar, através do Programa de Internação Domiciliar (PID) e na unidade hospitalar.

Na atenção ambulatorial, realizam uma média de 10 consultas por dia de atendimento, atendem os/as doentes que utilizam o hospital dia e fazem a atenção domiciliar programada, que contempla uma visita mensal por doente internado/a no PID. Em situações de alterações do quadro clínico dos/as doentes em internação domiciliar, podem realizar visitas adicionais. Realizam, ainda, visitas regulares aos doentes internados nas enfermarias do hospital de apoio e visitas multiprofissionais em esquema de rodízio. Uma vez por semana todos/as os/as médicos/as participam da visita multiprofissional e da reunião da equipe; participam e coordenam as reuniões realizadas com familiares e profissionais quando estas são agendadas e; alguns/as médicos/as também atuam na instituição em esquema de plantão.

Nas duas instituições, os/as médicos são os responsáveis pela admissão, diagnóstico, prescrição, inclusive de ações realizadas por outros/as profissionais, solicitação de exames, altas e outros, porém como se verá adiante, a atuação interdisciplinar resulta em uma maior autonomia aos demais profissionais, possibilitando que estes/as influenciem no processo de decisório referente a estas ações.

No serviço de cuidados paliativos, o acesso dos usuários para os/as três médicos/as que atuam no serviço ocorre pela marcação de consultas ou pelo encaminhamento de outros/as profissionais. Muitas vezes, um/a usuário do serviço de cuidado paliativo ou mesmo um/a trabalhador/a da instituição “indica” a equipe interdisciplinar a outros/as usuários.

Nós atendemos com agenda marcada sim, e abrimos exceção. [...] E é terrível. [...] Tem uma agenda com 10 pacientes, 8 são de retorno, 2 de primeira vez [...]. Nós temos o ambulatório com 3 médicos, e nós temos 2 técnicos e um enfermeiro. E nós temos uma agenda. A agenda freqüentemente é superada. Quem supera essa agenda? Os técnicos e a enfermeira. Eles têm o conhecimento, a autoridade e a experiência de colocar pacientes na agenda para ser atendido. Têm esse poder. Nós delegamos esse poder para eles, pela experiência de anos trabalhando com os pacientes, pelo feeling que eles têm [...]. Paciente liga de casa, ou a família, [...] ele vem e faz uma consulta extra. É por isso que a coisa funciona. Isso é o plus, é aquele pouco mais que você está dando, mas que ninguém está te pedindo. Você está dando porque sabe que é necessário, senão não funciona, [...] você não vai conseguir manter uma engrenagem dessas funcionando. Nem que seja aos empurrões [...]. Se você fala para o paciente: ‘se o senhor tiver um problema excepcional, extra, você vem o médico vai lhe avaliar de novo’, você tem que ser capaz de manter isso. Senão a tua credibilidade vai pro zero, o paciente não vai te procurar mais, os problemas vão se avolumando e tudo desaba (m2/ECP).

Os usuários reconhecem um/a profissional médico/a, normalmente àquele/a com quem consultam no serviço de ambulatório, como “seu médico/a”, porém, mantém relações com todos/as os/as profissionais e relatam que, independente do/a médico/a que os atende, as ações são definidas pelo conjunto dos/as profissionais, ou pela “equipe”.

[Médico de referência] agora é o Dr. X. [Antes era outro]. Só que o outro estava cada vez mais inacessível, [...] começou a gerar certo incômodo. Estagiário num determinado grau de saúde ou de doença tudo bem, mas tem determinados casos que ele não satisfaz. Então eu comecei a questionar: ‘acho que está na hora de eu pensar na equipe, mas em alguém mais aliviado’. Porque em definitivo tudo é estudado em conjunto. Eu fiz essa opção. Me senti um pouco mais aliviada. De qualquer maneira eu continuo aqui no hospital mesmo e lá no ambulatório. E estou bem, porque sei que as decisões nunca são tomadas sozinha (us1/ECP).

A atuação conjunta dos/as profissionais, a forma como o trabalho acontece tanto no espaço hospitalar como no espaço ambulatorial e a internação domiciliar, contribui para que os/as doentes e familiares percebam a atuação integrada da equipe. Semanalmente, há uma visita conjunta às enfermarias, em que passam todos os/as profissionais integrantes da equipe. Após essa visita os/as profissionais se reúnem na própria enfermaria e essa reunião é de conhecimento do/a doente e da família. Nos demais dias da semana, os/as profissionais médicos/as passam visitas aos doentes

internados, com parte da equipe. Normalmente, acompanham e participam nessas visitas, os/as enfermeiros/as e os/as outros/as profissionais sempre que estão disponíveis. Para essas visitas, os/as médicos/as se organizam em esquema de rodízio, sendo que o/a profissional atende todos os/as doentes da enfermaria.

A mesma situação acontece no Programa de Internação Domiciliar (PID). As visitas de rotina são realizadas pela equipe de atenção domiciliar (médico/a, enfermeiro/a e técnico/as de enfermagem), mensalmente, havendo rodízio entre os/as médicos/as visitantes/as.

Esse modo de trabalhar vincula o/a doente à equipe e não apenas a um/a profissional específico/a, embora seja possível constatar, em alguns momentos, uma relação mais afetiva dos usuários com algum/a médico/a em particular, denotando um vínculo diferenciado.

Na equipe gerontológica, os usuários agendam suas consultas com um/a dos/as médicos/as da equipe, responsável por seu acompanhamento sistemático, porém, muitas vezes, conhecem e já foram atendidos/as pelos demais médicos/as.

Eu consultei no início com a Dra. X, depois não pode mais [atender], daí consultei com a Dra. Y. [...] (us3/EG).

Um dos aspectos que diferencia a atuação interdisciplinar diz respeito ao vínculo profissional/usuário e a melhoria do acesso ao serviço, que são condições desejadas para a efetivação do SUS. Nas duas equipes, o trabalho integrado dos/as profissionais é reconhecido pelos usuários, que recorrem ao profissional disponível quando necessário, pois entendem que a atuação ocorre pelo conjunto da equipe e não por um/a profissional individualmente. Algumas vezes constatei, durante a investigação, que o contato inicial do usuário ocorria com a enfermagem, com o serviço social ou outro/a profissional da equipe, que então, fazia o encaminhamento para o/a médico.

O **serviço social** atua nas duas instituições de saúde prestando assistência direta aos usuários com problemas sócio-econômicos, que interfiram em seu processo de vida e saúde, quando estes/as não podem resolver as situações por si só. Realiza a avaliação da situação social dos usuários e programa as ações necessárias para a resolução desses

problemas. Nos processos de alta, faz o acompanhamento das famílias, avalia a condição para aquisição de medicamentos, providencia transporte, realiza o acompanhamento de óbitos e outros, como também foi encontrado por Pires (1999).

Dentre as atividades específicas realizadas pelo Serviço Social na equipe de cuidados paliativos e gerontológica estão respectivamente, na primeira, o agendamento e participação em reunião de família; entrevista dos usuários na primeira internação; programação de alta; abordagem na reinternação com avaliação das mudanças; contatos com postos de saúde para garantir fornecimento da medicação; avaliação das necessidades no domicílio para fornecimento de material; providenciar transporte; orientação para familiares e acompanhantes; a atenção nos casos de óbito; atendimento às necessidades psicossociais. Na segunda, as atividades dizem respeito à realização e coordenação da sala de espera; atividades educativas, acolhimento de usuários e profissionais e outras próprias da profissão.

Paciente de primeira vez a gente entrevista a família [...] para conhecer um pouquinho da história deste paciente, [...] da doença dele, quem são os contatos, as relações dele. Momento de alta como é a casa, [...]. Fica acompanhando este familiar, [...] desde a entrada até a saída. O serviço social faz as orientações de direitos sociais, de aposentadoria, de perícia; os benefícios que eles têm durante a internação; os auxílios concretos, o fornecimento de cadeiras de rodas, cesta básica, fraldas [...]. No momento da alta a gente faz uma coisa que é diferencial de outros hospitais. [Antes], paciente ia embora, [...] não pegava a medicação no posto por não saber aonde era, por não ter e acabava atrapalhando o tratamento. [...] Se ele podia ficar 14 dias em casa, ele voltava com 5 dias porque faltava medicação. Optamos [por] ligar para os postos de saúde, para as secretarias de saúde e ver se tinha essa medicação. [...] Se é uma pessoa carente, se o município pode estar assumindo isso, [...] se não pode a gente tem verba aqui no serviço social que pode estar comprando [...]. Vê o transporte [...] a ambulância com antecedência [...]. A gente entende que não é dar alta para o paciente e ele vai embora. Jogar no corredor e tu te vira aqui embaixo. [...] O paciente só desce quando o carro está aqui na porta. O motorista pode ligar e dizer que já está na cidade, mas ele só desce quando está indo embora de fato. A gente não deixa o paciente dentro de um carro o dia todo rodando, podendo passar mal por causa de uma hora a mais, duas. Tem esse respeito. [...] Participação nas equipes, tem um grupo que o serviço social participa que é o de orientação aos familiares [...]. É onde enfoca todas as orientações, os direitos, dá uma orientação geral [...]. E as reuniões de família, quando é solicitado. Qualquer um da equipe pode solicitar, se tem alguma dúvida. [...] Se a gente observa alguma demanda na entrevista, já fala para a equipe, [...] agenda essa reunião [...]. Nesta reunião, além de se dar o diagnóstico, a família pode estar preparando para ir de alta ou até preparando para o óbito. [...] Quando o paciente vai de óbito é o atendimento à família, é o acolhimento, de estar orientando as providências, se são parentes se está conseguindo junto à prefeitura. Se forem de fora existe um documento, tratamento fora do domicílio que garante, então tem ficar brigando com as prefeituras pra garantir esse direito para o familiar naquele momento. E “N” coisas, não é só isso (as1/ECP).

Eu coordeno atividades educativas. [...] Apesar de eu ter criado este espaço [sala de espera], não é espaço meu, é do grupo, da equipe. Todos podem estar atuando e

trocando com os pacientes. [...] Ali a gente troca informações com eles, repassa as informações. E eles mesmos, [...] acabam um passando uma idéia para o outro. [...] É um espaço muito gostoso. A gente procura trazer outros profissionais, [...] trazendo novas informações. [...] Procura encaminhar os pacientes, conversar com eles, fazer entrevista. Ultimamente, como eu estou muito sozinha, fica difícil fazer entrevista com todos os pacientes. Temos também as nossas reuniões de equipe [em que] a gente troca informações sobre os pacientes, [discute] as dificuldades que eles apresentam e as necessidade de intervenção. Faço o plantão no serviço social e atuo com o grupo de apoio aos familiares de Alzheimer (as2/EG).

A **psicologia** atua na equipe gerontológica na atenção individual aos idosos e através da realização de atividade grupal dedicada a exercícios de memória. O/a profissional exerce trabalho voluntário e atende a usuários encaminhados por qualquer um/a dos/as profissionais envolvidos/as na equipe. A equipe de cuidados paliativos não conta com esse/a profissional, ainda que pela natureza do cuidado ao doente de câncer, sem possibilidades terapêuticas, essa atenção seja fundamental.

Tem a oficina que é um trabalho individual com o paciente com demência leve [...] é um trabalho de terapia cognitiva, de reabilitação cognitiva. [O grupo de memória que] seria um treino pra trabalhar todo o aspecto cognitivo: linguagem, atenção, concentração, memória. [Nele] a gente trabalha com um monte de objetivos. [No] ambulatório [consulta individual], daí sou eu e o paciente só. [...] Não é uma agenda muito extensa, porque eu atendo de 15 em 15 dias, alguns pacientes toda semana. Como são pouquinhos dias, são poucos pacientes. A gente já comentou de fazer psicoterapia em grupo [...] porque aí você pode trabalhar com mais pessoas. Mas aí bate com o meu horário. [...] Não tem lugar para fazer [...] (ps/EG).

Pires (1999) identificou que os/as **farmacêuticos/as**, em sua atuação nas instituições de saúde, estão geralmente voltados/as para o espaço interno do serviço de farmácia, para a dispensação e controle de medicamentos e preparo de drogas prescritas pelo/a médico/a. Têm pouco ou nenhum contato direto do tipo assistencial com os usuários e realizam suas atividades em conjunto com outros/as trabalhadores/as que atuam na atenção farmacêutica. Nesses casos, os/as farmacêuticos/as coordenam o processo de trabalho desses/as trabalhadores/as.

Na instituição oncológica, o trabalho do/a farmacêutico/a inclui as atividades descritas por Pires (1999), além do preparo de quimioterápicos e a atuação com os usuários e familiares do serviço pela farmácia clínica. O/a farmacêutico/a realiza o acompanhamento diário das prescrições médicas, o controle de horários e interações medicamentosas, e faz o aconselhamento farmacêutico na alta hospitalar. As atividades gerenciais ou administrativas são criticadas pelo/a profissional, porque as percebe como desvio de função.

A gente faz uns ensaios de farmácia clínica. Nosso dia a dia, como a gente tem uma estrutura muito restrita. [...] começamos com dois farmacêuticos, fomos para três. Depois fiquei 3 anos sozinha e hoje a gente tem outra farmacêutica, mas que está meio tentando se encontrar. [...]. A diluição de citostáticos, ela é centralizada no ambulatório de segunda a sexta, porque economicamente é bem mais viável que se faça desta forma. Nos finais de semanas e feriados são feitas todas aqui. [...] eu sou a responsável técnica pela farmácia. Não sou chefe, não ganho pra isso e nem quero ser, mas faço a coordenação. Tenho que fazer escala, tenho que ver a reposição de pessoal. [...]. Fui absorvendo e hoje eu repenso. Fico indignada quando eu tenho que fazer uma escala, [...] quando eu tenho que fazer uma ficha ponto e avaliar quantas horas cada um trabalhou. [...] Não está no meu perfil [...] (fr/ECP).

Na equipe de cuidados paliativos, o/a **fisioterapeuta** presta atenção individual a usuários do serviço ambulatorial, internação domiciliar e hospitalar. A atenção em fisioterapia é programada a partir da solicitação médica, via encaminhamento formal e informal, encaminhamento de outros/as profissionais da equipe ou avaliação direta do usuário no leito. O processo de admissão e alta do usuário em tratamento domiciliar e hospitalar é decisão do/a profissional.

Eu atendo os pacientes que têm necessidades com relação a problemas respiratórios. Para melhorar a capacidade respiratória, a qualidade de vida deles, para ficarem um pouco mais confortáveis no leito. Trabalho mobilidade, favorecendo a equipe, porque se o paciente fica muito duro ele fica mais difícil de manuseio. Isso eu posso estar ajudando. Colocar o paciente pra caminhar, sempre dando conforto e qualidade de vida pra ele. [...]. A diminuição da dor. [...] Tem alguns aparelhinhos que fazem analgesia. Dor óssea, metastática [...]. E os [pacientes] de ambulatório eu atendo muitos pós-mastectomia, para fazer reabilitação, drenagem linfática. Cabeça e pescoço, que eles ficam com muita restrição de movimentos, muita dor. [...]. Eu não faço exigência que tenha pedido de parecer para atender. Não precisa disso. [...] Eu vou lá e eu mesmo dou uma olhada no paciente e vejo se ele precisa atendimento. Olho todos os prontuários. Existe [pedido de parecer], mas não é formal. Tanto faz. Eu não faço exigência de nenhum profissional, porque tem profissionais que pedem 'ah o médico tem que fazer a solicitação'. Eu não faço isso. [...] Vem da farmácia, vem da enfermagem, vem da nutrição, vem do serviço social (fs/ECP).

A atuação do/a profissional na equipe diferencia-se, dessa forma, da maioria das instituições de saúde em que a fisioterapia atende somente mediante solicitação médica, achado presente nos estudos de Pires (1998). Aproxima-se, no entanto, daquilo que a autora encontrou em relação ao trabalho desses/as profissionais nas unidades de tratamento intensivo, onde existe um espaço maior de autonomia dos/as fisioterapeutas em relação ao trabalho médico/a. Nesses locais, os/as fisioterapeutas fazem à avaliação e o planejamento das ações que serão executadas pelo pessoal técnico, quando existem, em uma organização que se aproxima à enfermagem (PIRES, 1999).

Segundo Pires (1998), a **nutrição** atua nas instituições de saúde com os usuários

dos serviços de internação pelo planejamento, avaliação das condições e necessidades nutricionais e implementação de condutas dietéticas. Quando existe na instituição a cozinha hospitalar, os/as nutricionistas coordenam as equipes do serviço de nutrição em um modelo muito semelhante ao encontrado nos serviços de enfermagem. Na maioria das instituições, trabalham as condutas e as variações dietéticas a partir da prescrição médica, preservando algum espaço de autonomia, porém quando há divergência de conduta, prevalece à prescrição médica. Nos serviços ambulatoriais, realizam consultas de nutrição, quase sempre através de encaminhamento médico.

Na instituição oncológica, o serviço de nutrição é terceirizado e é responsável por toda a parte de confecção e distribuição das dietas, mantendo com o/a nutricionista que integra a equipe interdisciplinar uma interface no atendimento às necessidades do usuário.

Esse/a nutricionista atua na dietoterapia e aconselhamento nutricional aos usuários. É deixada, ao encargo do/a nutricionista, a definição das dietas dos usuários, que são prescritas de forma genérica pelos/as profissionais médicos/as, muito em função de regras institucionais de cobranças de contas médico-hospitalares.

É o médico. Até pelo não sei o que de medicina. O item 1 no prontuário é a dieta. Eles prescrevem direto. [...]. Às vezes tem [escrito]: 'dieta conforme aceitação, falar com nutricionista', [...] vem pró-forma, porque eu a modifico todinha. [...] É como se não tivesse. [...]. Às vezes o paciente tem diabetes, o médico não vê que tem e bota livre. [...]. Eu passo, pego o prontuário, vejo direitinho, faço uma revisão. [...] Ele não se preocupa. Acho ótimo. Ao mesmo tempo em que aumenta a minha responsabilidade, mas é bom, é isso mesmo o que a gente quer. Que fique comigo. [...]. Às vezes ele lê, às vezes não lê e coloca livre de novo. Pra mim é como se não tivesse. [...] Às vezes, quando o paciente interna pra colocar sonda nasoenteral, ele coloca dieta por sonda nasoenteral. Mas só coloca isso. Quem avalia, quem conversa, chega na família, vê o que ele quer, aumenta, diminui, sou eu, que estou com ele ali. [...] Às vezes, é claro, tem alguma paciente que está usando marevan que é um anticoagulante, aí tem alguma coisinha na dieta, mas ele coloca ali 'paciente usando marevan', para eu ver a dieta. Pra eu saber e modificar um pouco a dieta, mas é assim (nt/ECP).

A **terapia ocupacional** tem aumentado nos últimos anos sua participação no processo assistencial institucional. Atua junto às equipes de saúde na atenção a pessoas que perderam a capacidade de cuidar delas mesmas, de trabalhar ou de ter lazer. Intervém no cotidiano de pessoas com o objetivo de re-inserção social e para que elas recuperem a autonomia. Tem por objetivo o tratamento e a reabilitação de pessoas com algum tipo de dificuldade de relacionamento social, de interação com o cotidiano ou de adaptação diante

da perda de funções. Na instituição oncológica, esse papel é desenvolvido pelo/a profissional a partir da avaliação que faz dos/as doentes internados/as nas enfermarias, bem como da indicação ou solicitação dos/as demais profissionais.

Trabalho aqui na oncologia com a parte de auto-estima, com as atividades diárias. A família é muito envolvida no trabalho, porque a gente quer que em casa ela participe das atividades, estimule o paciente a realizar. O paciente precisa estar com a auto-estima boa pra que ele se ajude com a doença. [Participe] das atividades diárias, se sinta útil, produtivo, não fique jogado num canto. Consiga comer sozinho, tomar seu banho, sentar-se à mesa para comer com a família. [Possa] cortar sua carne, enxugar uma louça, arrumar uma cama, abotoar, desabotoar, ir ao banco, ir à padaria. A gente quer que o paciente fique integrado. [...]. Eu faço triagem, [...] passo na unidade. Os pacientes que não têm condições fisicamente, num primeiro momento só fazem fisio. Quando adquire condições físicas, de atenção, de concentração, [ele] é incluído. Ele pode estar em cadeiras de rodas ou deambulando, não importa. [...] Hoje o paciente está bom, amanhã ele morre. [...] A gente trata o momento. [...]. Cada dia é um dia, e cada dia, é um objetivo diferente. Tem dias que você chega aqui e o paciente está vivo ainda, mas está com diarreia, com reações por causa da quimio, então você não consegue (to/ECP).

A enfermagem constitui o grupo majoritário de profissionais nas instituições de saúde e é responsável pelo cuidado direto ao doente. Pires (1999, p. 39) afirma que “historicamente o trabalho da enfermagem tem envolvido dois campos de atividades: os cuidados e procedimentos assistenciais e a administração da assistência de enfermagem e do espaço assistencial”.

As atividades assistenciais “incluem a prestação de cuidados decorrentes da avaliação feita pelos enfermeiros ou delegadas pelos médicos como: a administração de medicamentos prescritos pela equipe médica; os cuidados de higiene e conforto; o auxílio na alimentação [...] o controle de sinais vitais, geralmente cumprindo solicitação médica; o auxílio aos médicos na realização de procedimentos especiais”. Essas atividades são realizadas pelo conjunto dos/as trabalhadores de enfermagem, sob a coordenação do/a enfermeiro/a (PIRES, 1999, p. 40).

Além dessas atividades, a enfermagem assume outras, ligadas à administração da assistência global ao doente e do espaço assistencial no espaço hospitalar. Segundo Pires (1999, p. 39),

os hospitais são organizados para tratar as doenças, mas o fato do indivíduo estar internado não lhe tira a característica humana e totalidade que se relaciona. Precisa comer, dormir, manter-se higienizado, [...] relacionar-se com outras pessoas... Parte das necessidades decorrentes dessa característica de totalidade do ser humano é assumida pela enfermagem, como parte de suas atividades.

A enfermagem assume boa parte das atividades que visam criar as condições materiais para que o trabalho em saúde se desenvolva e, para garantir a assistência ao doente, interage com os diversos grupos profissionais nas instituições de saúde, quando da realização de seu trabalho. Embora tenha grandes responsabilidades nessas instituições, possui relativa autonomia em relação ao seu trabalho, principalmente quando analisado em relação ao trabalho médico (CECÍLIO, 1997a; PIRES, 1998; CARAPINHEIRO, 1998).

A equipe de enfermagem no Brasil é composta por enfermeiro/as, com formação universitária; técnicos/as de enfermagem, com formação de nível médio; e auxiliares de enfermagem, com formação de nível médio ou fundamental, complementada por curso específico. Na divisão do trabalho na equipe de enfermagem, o/a enfermeiro/a coordena as atividades da equipe de enfermagem e o planejamento da assistência de enfermagem aos doentes, que é prestada principalmente pelo pessoal de nível médio.

Considerando as diferenças da organização interna do trabalho da enfermagem e sua aproximação com a divisão parcelar do trabalho, tomei o trabalho dessa categoria para a análise da divisão do trabalho entre iguais.

5.2.2 A enfermagem e suas especificidades no desenvolvimento do trabalho coletivo

No que diz respeito à dinâmica de organização e à divisão interna do trabalho da enfermagem, analisou-se a equipe de cuidados paliativos, especialmente a equipe hospitalar, por suas características mais próximas do trabalho parcelar.

A equipe gerontológica não possui pessoal de enfermagem de nível médio. A enfermagem na equipe gerontológica atua junto aos usuários através da consulta de enfermagem, educação para a saúde, participação na sala de espera, cuidados específicos de enfermagem e organização e gerenciamento do espaço ambulatorial, dentre outros. Utiliza para o planejamento e avaliação das ações de enfermagem uma metodologia de assistência sistematizada de acordo com os padrões assistenciais de enfermagem da instituição.

bolsista, a elaboração de material. Palestras todo semestre no Núcleo da Terceira Idade, no grupo de monitores, aulas no departamento de enfermagem (e4/EG).

Na equipe de cuidados paliativos, a intervenção dos/as profissionais de enfermagem ocorre em duas situações específicas. Um grupo formado por enfermeiro/a e técnicos/as de enfermagem atua na atenção ambulatorial, no hospital dia e na atenção domiciliar, em cujo âmbito assistencial realizam a organização do espaço assistencial, gerenciam as consultas agendadas e fazem o acompanhamento de enfermagem aos usuários da atenção domiciliar e do hospital dia. Ministram tratamentos e cuidados próprios de enfermagem, bem como aqueles prescritos pelos/as médicos/as do serviço. No que diz respeito à internação domiciliar, esses/as profissionais atuam lado a lado com familiares e com os/as cuidadores/as dos/as doentes, compartilhando com estes/as o cuidado prestado. A coordenação das atividades de enfermagem é responsabilidade do/a profissional enfermeiro/a.

Nós planejamos. [...] Na primeira visita eu faço o planejamento. [...] Paciente estável é visitado pelo médico uma vez por mês. Pela enfermagem duas vezes, de acordo com a demanda. [...]. Às vezes uma lesão de pele, uma orientação, vou eu. Daí os meninos fazem o acompanhamento. Um curativo, precisa de alguma implementação, alguma substância nova que a gente vai usar. Aí vou eu. Faço todo o planejamento novamente faço toda a avaliação e aí repasso para [os técnicos de enfermagem]. Sondas sou eu que passo. Funciona como numa unidade. Eles têm as atribuições deles e eu tenho as minhas, enquanto enfermeira [...]. A gente consegue o tempo todo? Não. Eu vou te ser bem franca. Não. Mas eu vou te dizer: com o técnico X e com a técnica Y eu estou tranqüila, de olhos fechados. [Pela] responsabilidade e conhecimento adquirido (e1/ECP).

A gente chega e já vê as atividades. Geralmente já tem paciente esperando ali. Vê se tem alguém precisando deitar, se tem alguém com dor. Se tem, a gente já pode medicar. Já vai seguindo a prescrição e medicando. E tem que organizar as agendas, porque tem uma ordem de chegada, mas a gente vê as condições do paciente ali. Às vezes, o último que chegou está pior que o primeiro. Aí a nossa função é ver as necessidades que eles têm. [...]. [O paciente] fica aqui, às vezes o dia todo, [...] no hospital dia. Na visita domiciliar a gente vai ligando durante a semana e vai vendo o que eles estão precisando. Conforme o que eles precisarem, a gente vai atuando. O paciente que está em casa, que precisa de curativo, a gente vai lá faz curativo, normalmente o médico vai junto. Quando o médico não vai, vai um de nós da enfermagem, vê se precisa hidratar, se não precisa (te1/ECP).

Um segundo grupo atua no serviço de internação, prestando assistência de enfermagem nas 24 horas. Além da assistência de enfermagem, que compreende conhecimentos e técnicas acumuladas ao longo da sua trajetória como profissão, este grupo organiza o espaço de trabalho para as demais categorias e realiza a educação em saúde com os usuários. Os/as enfermeiros/as, pelas atribuições da lei do exercício

profissional, coordenam e controlam as ações de enfermagem realizadas pelos demais agentes da equipe, bem como gerenciam os espaços assistenciais. Realizam os cuidados considerados complexos, que exigem maior preparo profissional, fazem o planejamento e a avaliação diária dos/as doentes sob seus cuidados, bem como avaliam os resultados dos cuidados prestados pela equipe aos doentes, utilizando-se de uma metodologia de atenção específica.

Todos os curativos complexos, como também estes procedimentos de sonda são os enfermeiros que fazem. [...] Não que haja um desprezo pelo nosso trabalho, pelo contrário, eles acham o nosso trabalho muito importante e dão um valor muito grande. Nós somos muito bem valorizados. [...] A gente tem que valorizar o que nós estudamos. Não é porque é técnico de enfermagem que você vai só fazer uma higiene. Uma higiene e conforto é uma coisa importantíssima. Não é só trocar uma fralda. E você pode participar de tudo. [...]. Depende do profissional, do que você tem para oferecer, da sua criatividade do seu conhecimento. [...]. Nós trabalhamos em duas pessoas, em equipe. [...] geralmente vão duas pessoas - o enfermeiro e o técnico, que muitas vezes auxilia em uma passagem de sonda (te2/ECP).

Tem uma passagem de plantão que a gente instituiu para nos dar o guia. [...]. Por exemplo, a enfermeira da noite anota. Sabe o que aconteceu. Depois, no horário da visita eu anoto o que aconteceu comigo. [...] E a gente passa de enfermeiro para enfermeiro as anotações. O técnico agora, antes da passagem de plantão da uma hora, eles passam nos leitos com a nossa folhinha da passagem de plantão e se houve alguma intercorrência com aquele paciente, eles anotam. Isso é muito importante pra nós, até porque a gente não vê. [...]. É uma seqüência. [...]. É uma continuidade (e3/ECP).

A análise da organização e divisão do trabalho da enfermagem na equipe de cuidados paliativos, em que há pessoal de nível superior e nível médio, contribui para a análise dos efeitos da atuação em equipe interdisciplinar neste segmento profissional, cujo trabalho nas instituições de saúde vem sendo historicamente organizado com forte influência taylorista. Nesse modelo, o/a enfermeiro/a coordena o trabalho assistencial desenvolvido pelos/as demais trabalhadores/as de enfermagem. A composição da equipe de enfermagem, por enfermeiros/as e técnicos/as de enfermagem, dificulta a divisão do trabalho do tipo profissional, ou seja, a divisão do trabalho social entre “iguais”, e acentua a divisão entre os que “pensam” e os que “executam” o trabalho.

Na equipe de cuidados paliativos, há um/a coordenador/a da equipe de trabalho e da unidade assistencial, e o/a enfermeiro/a que exerce essa função coordena o processo coletivo de trabalho da enfermagem.

A proposta de eu assumir a coordenação deste grupo é que eu continue como enfermeiro assistencial e coordenador do grupo. Não consigo perceber de outra forma. É muito gratificante pra mim profissional, [...] a higiene e conforto, a

assistência no leito, à assistência a família. Envolvido na assistência. Porém, numa visão de que as ações elas tem seus limites pautados na questão administrativa muitas vezes. E também na coordenação. [...] Estou procurando trabalhar com o grupo de enfermagem [...], quando eu sento lá para fazer a escala, ou outro trabalho administrativo o meu grupo percebe que tem um reflexo muito grande no crescimento deste grupo (e2/ECP).

Hierarquicamente, o/a coordenador/a e a equipe de enfermagem são subordinados a subgerência hospitalar. Porém, o “processo de cuidados paliativos”, instituído pelo programa de qualidade, que realiza a coordenação desse processo, atravessa a estrutura vertical e está sob a coordenação da chefia de serviço médica. A equipe de enfermagem, assim como os/as demais integrantes da equipe: médicos/as, assistente social, farmacêutico/a, nutricionista, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, mantém uma “ligação” com o/a coordenador/a do processo de cuidados paliativos, uma vez que a avaliação realizada pelo programa de qualidade é feita sobre o conjunto das atividades da equipe.

A divisão do trabalho na equipe não segue nem o modelo “funcional” de cuidados, característico do trabalho fragmentado, nem a alternativa de “cuidados integrais”, apontados como alternativa mais integradora para a administração dos cuidados de enfermagem. Os cuidados de higiene e conforto são realizados normalmente por duplas de trabalho e o restante dos cuidados é realizado pelo/a trabalhador/a disponível no momento de sua realização.

Nós não dividimos pacientes. É tudo junto. A equipe de enfermagem aqui do paliativo é maravilhosa [...]. Às vezes só num olhar nós já sabemos, um dando apoio ao outro. [...] Já vai lá e faz o curativo, o outro vai preparando as outras tarefas, as medicações. Nós trabalhamos tudo em conjunto. É aquela ajuda, sabe aquela união, aquela família. A gente trabalha unida. Não existe isto de “aquele é malandro, aquele não ajuda”. Quando existe a gente já vai lá saber o que está acontecendo, [...] às vezes a pessoa está estressada, está cansada, então nós trabalhamos isso também. É muito dividido (te2/ECP).

O trabalho nas equipes de enfermagem vem sendo tradicionalmente organizado pela divisão de tarefas ou distribuição de cuidados pelo modelo funcional, no qual o/a enfermeiro/a coordena, faz a programação do cuidado ao usuário e distribui parcelas do trabalho a diferentes trabalhadores/as. Assim, um/a trabalhador/a realiza a higiene e conforto a um grupo de doentes, outro/a trabalhador/a ministra os medicamentos, outro/a pode cuidar das nebulizações e fluidoterapias. Essa modalidade de cuidado

resulta que nenhum/a trabalhador/a, exceto o/a enfermeiro/a, conhece o plano de cuidados e os resultados obtidos na atenção ao doente.

Nas últimas décadas, surge o debate acerca do modelo de “cuidados integrais” na enfermagem, como alternativa ao modelo “funcional”. Neste modelo, um/a trabalhador/a de enfermagem presta todos os cuidados a uma ou mais pessoas com carência de saúde, em um turno de trabalho. Esse modelo pode, potencialmente, propiciar um trabalho mais criativo e motivador ao/a trabalhador/a, melhorar a interação com o/a doente e a responsabilização pelo trabalho. No entanto, mesmo no modelo de “cuidados integrais” a concepção do projeto assistencial, a prescrição dos cuidados e a avaliação dos resultados são responsabilidades do/a enfermeiro/a (PIRES, 1998; MATOS, 2002).

A análise da organização do trabalho na equipe de cuidados paliativos confirma aquilo que já vem sendo apontado em outros estudos, ou seja, a organização do trabalho na categoria tem combinado, na maioria das vezes, parte do chamado modelo de cuidado “integral” e parte do modelo “funcional”. A combinação desses modelos deve-se à característica da equipe de enfermagem na realidade brasileira, formada por pessoal com diferentes níveis de formação e diferente capacitação para a realização da atividade assistencial (PIRES, 1998; MATOS, 2002).

É possível afirmar, por aquilo que foi constatado na observação sistemática, que a divisão do trabalho nessa equipe conserva a lógica de distribuição de cuidados por competência profissional: o/a enfermeiro/a “realiza” o planejamento e avaliação da assistência e também os chamados procedimentos complexos, e os/a técnicos/a de enfermagem, os demais cuidados aos doentes. No entanto, na prática diária, observa-se que a dinâmica da equipe possibilita que ambos, enfermeiros/as e técnicos/as de enfermagem, integrem em suas atividades o pensar e o fazer. Há maior participação dos/as técnicos/as de enfermagem nos espaços decisórios da equipe interdisciplinar e essa participação traz reflexos, também, para a dinâmica das relações interpessoais, internamente à categoria.

O modo como o trabalho é organizado permite uma visão mais integral do ser humano que é assistido pelo grupo, com conseqüências positivas, tanto para os/as doentes como para os/as trabalhadores/as. Os/as integrantes do estudo percebem-se

mais valorizados/as e respeitados/as em seu saber e fazer, e entendem que há, na instituição, espaço para exercício de um trabalho mais criativo.

Tal posição difere da encontrada por mim em estudo anterior, em uma instituição em que a enfermagem trabalhava com o modelo de cuidados integrais, porém não havia a integração interdisciplinar e a assistência de enfermagem era planejada pelos/as enfermeiros/as, distanciados da equipe e do/a doente. Naquela situação, os/as trabalhadores/as identificaram que o cuidado integral poderia ser tão fragmentado quanto o funcional, pois não havia interação entre os diversos agentes do cuidado e entre os/as profissionais e usuários. Desse modo, a assistência prestada não considerava os diversos olhares profissionais e as necessidades dos/as doentes, determinando uma assistência voltada, quase que exclusivamente, para o atendimento das necessidades biológicas, e de todo modo, priorizando-se o cumprimento das tarefas, faltando interação com o/a doente (MATOS, 2002).

A perspectiva interdisciplinar construída na equipe de cuidados paliativos contribui para a enfermagem repensar seu objeto de trabalho em bases mais amplas, ampliando a interação com o/a doente e familiar e a visão que tem deste sujeito, ultrapassando a atuação voltada mais para o biológico.

A aproximação do modelo assistencial de enfermagem adotado pela equipe diminui a separação entre concepção e execução do cuidado, pois o planejamento considera as ações e contribuições dos/as técnicos/as de enfermagem e as necessidades do/a doente e família, que, neste caso, podem ou não optar por esse ou aquele cuidado.

Fatos que demonstram a participação do/a doente na definição da assistência é o modo como se estabelecem os intervalos e as quantidades de analgésicos, a utilização de sondas nasoeserais ou nasogástricas. No que diz respeito aos analgésicos e opiáceos, a utilização destes é orientada pela filosofia da equipe, ou seja, evitar a dor neoplásica, proporcionando qualidade de vida e dignidade à pessoa com doença oncológica. Nesse sentido, o usuário é orientado sobre o mecanismo da dor e a medicação é fornecida em doses e intervalos compatíveis com o quadro do/a doente, ou ainda sob demanda (solicitação) deste/a.

No que diz respeito à utilização de sondas para alimentação, procedimento a que os/as doentes resistem muitas vezes, mesmo na fase final da doença, quando já não tem

mais possibilidade de alimentar-se, os/as mesmos/as são esclarecidos/as sobre os benefícios da sua inclusão no tratamento. Proporciona-se a convivência com outros/as doentes que já adotaram o procedimento, porém quando o/a doente opta pela não utilização esta condição é respeitada. Deixa-se a opção ao doente, e este/a pode solicitar a sua colocação a qualquer momento.

Percebe-se entre os usuários do serviço, tranquilidade no que diz respeito às condutas de analgesia, pois sabem que, a qualquer momento, podem solicitar a medicação sem serem questionados sobre a existência real de dor. Esse dado difere da instituição estudada por Matos (2002) e por May (2003), quando uma das preocupações dos/as doentes referia-se a situações em que, com dor, eram questionados/as e colocados/as em cheque pelo pessoal de enfermagem, os quais tentavam alargar os intervalos entre os analgésicos, com a defesa equivocada de evitarem “viciar” o/a doente.

A possibilidade de uma prática assim estruturada denota a participação do/a doente e familiar no planejamento da assistência que recebe, bem como só se faz possível por receberem estes/as as informações necessárias; conhecerem o diagnóstico, tratamento e prognóstico e o motivo pelos quais as ações são realizadas.

Uma situação em que esta conduta foi adotada pode ser observada no relato abaixo.

Trata-se da situação de uma usuária com câncer avançado de boca, fístula facial profunda infectada, que se encontrava em tratamento domiciliar. Em uma de suas internações o/a profissional médico/a trouxe a situação para discussão em reunião. Explicou a condição da doente, o prejuízo da não aceitação da sonda, tanto para o convívio social quanto para a alimentação, esta última prejudicada pelo odor e pela secreção, que modificava o sabor dos alimentos. Neste sentido, justificou a internação por diversos motivos, dentre eles a possibilidade de propiciar à doente a convivência com outras pessoas sondadas, na perspectiva de alcançar sua adesão à terapêutica, que, em sua avaliação, poderia melhorar a qualidade de vida da mesma. Neste momento, o grupo discutiu as estratégias que seriam utilizadas para esclarecer a doente e com isso possibilitar-lhe as condições para optar ou não pela colocação da sonda. A situação gerou entre a equipe um debate sobre as representações que o doente faz da utilização da sonda, e que a mesma expõe para os outros sua doença. Ao final, na alta, tratada a infecção, melhorada a situação da usuária, esta ainda assim optou por permanecer sem a sonda “enquanto fosse possível” e os/as profissionais aceitaram a decisão (NOTA DE CAMPO, 2005).

Interessante destacar, nesta situação, como a prática de participação e respeito aos desejos e necessidades dos usuários terminam por beneficiar também os/as trabalhadores/as. Ao priorizar uma prática participativa de atenção ao usuário, o/a

profissional médico/a possibilitou, ao grupo de profissionais, planejarem e avaliarem suas ações de um modo que não seria possível no modelo tradicional de atenção à saúde. Pela participação no planejamento/execução e avaliação do projeto assistencial, os/as trabalhadores/as vêm a conhecer os sentidos das condutas adotadas, portanto, passam também a responsabilizarem-se pelo resultado do trabalho.

A organização e a divisão do trabalho na equipe estudada apontam que a articulação interdisciplinar e a realização de um trabalho mais cooperativo entre os diversos agentes da equipe de enfermagem contribuem para melhor atender ao usuário do serviço. Aparentemente, diminuem também os conflitos existentes nas equipes, principalmente entre enfermeiros/as e pessoal de nível médio.

No entanto, a participação dos/as técnicos/as de enfermagem nos momentos de reunião, quando são realizados a avaliação dos casos e o planejamento da assistência ainda é uma situação não resolvida no grupo, mas já problematizada por muitos dos/as integrantes do grupo, especialmente os/as profissionais médicos/as.

Como as reuniões da equipe acontecem no turno matutino, horário em que as atividades de higiene também acontecem, os/as técnicos/as de enfermagem, poucas vezes, conseguem estar presentes. Muitas vezes, estes/as chegam à reunião atrasados/as, após o cumprimento de suas atividades assistenciais.

Esse fato “aparentemente” é aceito com naturalidade pelos/as enfermeiros/as da equipe, uma vez que os/as entrevistados/as não se mostraram “incomodados” com a situação.

Por outro lado, a equipe médica demonstra uma preocupação maior com essa “ausência”, com o que se perde de contribuição pela não participação desses/as profissionais, bem como sobre os efeitos da não participação nas decisões das ações que, posteriormente, terão que ser praticadas por eles/as.

A gente tem uma limitação que é o número da equipe, então às vezes a gente faz uma reunião lá em cima pra discutir um caso clínico, seria fundamental que todos os técnicos de enfermagem estivessem, porque eles têm sentido os mesmos problemas que nós e eles não podem vir, porque estão na assistência. E nós não temos como repor aquela assistência. Então tem pessoas que estão sempre à margem e isso me incomoda. Eu gostaria que nestes momentos todos estivessem inseridos, porque eles enriquecem. Todas as vezes que eles estão na reunião, eles trazem coisas novas que às vezes a gente não percebe, porque a gente não está ali no dia a dia. Coisas que precisam ser melhoradas. São estas coisas da própria estrutura hospitalar e da própria instituição, que é difícil (m1/ECP).

E a outra coisa que eu acho que é ruim que às vezes acontece também, e até acontece aqui, tem a ver com a formação das pessoas. É que existe um pouco de separação na participação da equipe multidisciplinar, do pessoal técnico, de nível secundário e o pessoal de nível universitário. Enfermeira, creio que nem tanto, porque o técnico convive muito com a enfermeira (m2/ECP).

As reuniões das equipes profissionais, nas duas experiências estudadas, são consideradas espaços privilegiados para a construção da democracia interna. Na equipe de cuidados paliativos, é nessa reunião que são estabelecidos os planos assistenciais para os/as doentes internados/as e a pequena participação desses/as profissionais é percebida como limitação para muitos/as integrantes do estudo.

Sobre esse aspecto, a aceitação dos/as enfermeiros/as quanto a não participação dos/as técnicos/as de enfermagem em algumas etapas do processo de trabalho tem a ver com o modo como a profissão foi estruturada em sua trajetória e, com o modo como ocorre a divisão do trabalho na equipe de enfermagem, historicamente. Assentada em uma rígida hierarquia, na divisão entre trabalho intelectual e manual, os/as enfermeiros/as têm aceitado e reproduzido essa prática acriticamente. Há a idéia de que o/a enfermeiro/a representa a equipe de enfermagem e que sua voz é a voz da equipe.

Estudos recentes, no entanto, têm mostrado que essa naturalização não é isenta de reações e insatisfações. Leite e Ferreira (1997) e Matos (2002) salientam que técnicos/as e auxiliares de enfermagem não se sentem assim representados por enfermeiros/as, e que, estes/as profissionais reclamam por espaços de participação. Na instituição estudada por esses autores, os/as técnicos/as e auxiliares de enfermagem expressam que os/as enfermeiros/as costumam falar pela enfermagem, mas que aí não é a enfermagem, mas sim os/a enfermeiros/as. Nesse sentido, os/as técnicos/as e auxiliares de enfermagem entendem que deveriam ser parte do processo decisório.

Na equipe interdisciplinar de cuidados paliativos, algumas das barreiras não foram ainda solucionadas, como, por exemplo, a organização do trabalho de modo a permitir uma maior participação do pessoal de nível médio nas reuniões da equipe interdisciplinar. A ampliação da participação desse segmento na tomada de decisão pode ser ajustada a partir de iniciativas de representação, de rodízio de profissionais nas reuniões e de alternativas a serem “inventadas” pelo próprio grupo. Nessa perspectiva, as contribuições para tornar essa participação uma possibilidade concreta

pode vir de fora da equipe, pelo olhar dos/as demais integrantes da equipe interdisciplinar, um olhar mais isento e distanciado das dificuldades históricas das relações internas construídas na equipe de enfermagem.

Por outro lado, cabe registrar que alguns/as técnicos/as de enfermagem, mesmo diante dessas limitações, estão presentes na maioria das reuniões. É freqüente observar os/as mesmos/as profissionais adentrarem na sala de reuniões a qualquer tempo, quando terminam suas atividades. Normalmente, também são essas pessoas que, quando presentes na reunião, fornecem informações sobre o/a doente, perguntam, colocam suas opiniões. Denotam estes/as profissionais que as oportunidades são aproveitadas de modo diferente pelos sujeitos. A importância da participação nas reuniões é um aspecto reforçado constantemente por todos/as os/as profissionais da equipe, em todos os momentos do trabalho na unidade, porém, muitos/as técnicos/as de enfermagem ainda se mantêm mais passivos e abrem mão de sua participação.

Outro aspecto que tem provocado o distanciamento entre profissionais de nível médio e enfermeiro/as é a utilização de teorias e modelos de assistência sistematizados para a assistência de enfermagem, não obstante sua importância para a qualidade da assistência e o desenvolvimento de um corpo teórico de enfermagem.

Na instituição estudada, a enfermagem utiliza a metodologia de assistência para a programação e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes. O modelo baseia-se na teoria do autocuidado de Dorotheia Orem e Hildegard Peplau. Na divisão do trabalho assistencial, os/as enfermeiros/as realizam a evolução e prescrição diária da condição do/a doente e dos cuidados a serem realizados e o/a técnico/a de enfermagem realiza uma anotação inicial quando da internação.

A gente faz prescrição e evolução diária do paciente nas 24 horas [e] são acrescentadas as intercorrências. [...]. Os técnicos de enfermagem só escrevem na admissão [...]. Eles registram os sinais vitais, mas quem faz a evolução são os enfermeiros (e2/ECP).

A respeito do método de assistência que vem sendo utilizado pela enfermagem, independente das teóricas utilizadas, a grande maioria é formulada de acordo com a lógica dominante de divisão entre concepção e execução do trabalho. O/a enfermeiro/a realiza a evolução do/a doente, de acordo com suas observações e com as observações e tratamentos realizados pelo pessoal técnico/a e auxiliar de enfermagem. Através

dessa avaliação, planeja as ações de enfermagem para o/a doente e controla as tarefas e atividades realizadas pelo/a profissional de nível médio. Apenas o/a enfermeiro/a tem acesso ao prontuário para o planejamento e a avaliação das ações assistenciais. Os/as técnicos/as e auxiliares de enfermagem, que utilizam o prontuário para retirada de medicações, cuidados e checagem destes, não costumam ler a evolução do/a doente. A respeito das teorias, nada ou muito pouco é de conhecimento do pessoal de nível médio, que cumpre aquelas atividades que lhes são destinadas, sem participação na sua definição.

No caso da equipe estudada, os/as técnicos/as de enfermagem realizam anotações na admissão do/a doente e estas integram o prontuário. A partir daí utilizam o prontuário para checagem e retirada de prescrições. Lêem as anotações dos/as demais profissionais “quando é possível”. Porém, não se percebeu nas observações e nem foram citados nas entrevistas, conflitos resultantes desse modo de organização do cuidado. Segundo os/as integrantes do estudo, os/as técnicos/as de enfermagem têm por hábito ler as anotações contidas no prontuário. Quanto ao resultado das ações que realizam no turno de trabalho, estas são agregadas às anotações dos/as enfermeiros/as em uma folha de anotações diárias para passagem de plantão. Enfermeiros/as e técnicos/as escrevem nessa folha e, uma vez ao dia, um/a dos/as enfermeiros/as sintetiza as anotações e, com suas observações diretas, realiza a evolução diária do/a doente. É freqüente observar durante o turno de trabalho, técnicos/as e enfermeiros/as trocarem informações sobre o estado do/a doente, sobre cuidados prestados e outras intercorrências. Considerando a dinâmica do trabalho da equipe e o pequeno número de leitos nessa unidade de internação, parece que a comunicação e o planejamento da assistência são facilitados, as trocas profissionais acontecem naturalmente durante o turno de trabalho no espaço assistencial e há conhecimento do projeto assistencial por todos/as os/as envolvidos/as.

Nesse sentido, o fato de o/a enfermeiro/a formalizar o planejamento da assistência no prontuário do usuário não traz, aparentemente, interferências significativas na relação entre os/as profissionais. Também observei que o/a enfermeiro/a planeja a assistência no posto de enfermagem onde estão os/as técnicos/as de enfermagem. Com isso, acontece uma interação contínua entre os/as profissionais.

A síntese da evolução do/a doente, a prescrição de cuidados no prontuário é permeada pelo diálogo entre eles/as. Os/as enfermeiros/as vão questionando as diversas situações, os resultados dos cuidados realizados pela equipe, pedem sugestões para as anotações e para os cuidados a serem prescritos. Essa postura dos/as enfermeiros/as parece contribuir para a integração do conteúdo mais intelectual do trabalho do/s técnicos/as de enfermagem ao trabalho, com isso favorecendo a melhoria das relações interpessoais na equipe e a satisfação profissional.

A utilização de teorias para a sistematização da assistência pelos/a enfermeiros/a tem sido analisada como uma contribuição para a construção de corpo específico de conhecimentos de enfermagem, auxiliando-lhes a alcançar o estatuto de ciência. No entanto, na realidade, a utilização das mesmas, mais que teorizar sobre o cuidado de enfermagem, tem expressado a formalização das ações de enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1986; LEOPARDI, 1991).

Conforme constatado em estudo anterior, a utilização do método de assistência de enfermagem proporciona uma lógica de organização do trabalho diferenciada em relação às instituições que não a utilizam. Dependendo do modo como é utilizada, a metodologia de assistência pode constituir-se em instrumento de controle sobre as atividades do pessoal de nível médio, uma vez que essa aparece como um elemento de identidade para os/as enfermeiros, mas não para técnicos/as e auxiliares (LEOPARDI, 1991; LEITE; FERREIRA, 1996; MATOS, 2002).

Leite e Ferreira (1997, p. 96), em estudo realizado com técnicos/as e auxiliares de enfermagem, constataram que, para uma parte desses/as trabalhadores/as, a metodologia de assistência é “principalmente um elemento de controle e talvez até de opressão”. A exploração a que são submetidos em outras instituições, onde realizam atividades consideradas de maior complexidade, e também as anotações de enfermagem, são percebidas como valorização. Assim, quando se defrontam com realidades em que existe a sistematização do cuidado e a distribuição de atividades por complexidade de cuidado, estas perdem o sentido e são percebidas como desqualificação.

Segundo os/as entrevistados/as, existem normas, rotinas e atribuições específicas orientando o desenvolvimento do trabalho de cada trabalhador/a de

enfermagem e a tomada de decisão. As rotinas e as normas são consideradas necessárias ao desenvolvimento do trabalho.

Existe uma rotina [...] como em qualquer lugar. Tem que ter uma rotina, normas, escala. [...] Tem uma escala de funcionário, de atividades. Existe uma rotina de visita ao leito. [...] Na nossa visita existe uma rotina de nos organizar por sinais e sintomas da patologia. [...] As minhas tarefas? Primeiro a gente aprende a coordenar e às vezes nem sabe coordenar coisa nenhuma. [...]. Eu acho que a minha tarefa no grupo é fazer o meu trabalho bem feito, com qualidade, com ética para os outros da minha equipe, de enfermagem me ter como exemplo. [...] Eu sempre aprendi isso. [...]. O que tu fizer de postura os teus técnicos vão cobrar e vão fazer igual [...]. E faz parte da minha filosofia de vida, ter ética, ter respeito com o ser humano [...] para ter um trabalho de qualidade. Fazer todas as minhas tarefas com embasamento técnico científico (e3/ECP).

A despeito desse discurso, essas normas, rotinas e atribuições não são tão evidenciadas no cotidiano, conforme observei na investigação. A tomada de decisão sobre as questões que envolvem a assistência acontece no decorrer do trabalho, com a interferência de todos/as os/as trabalhadores/as envolvidos/as, predominam as relações informais na equipe e as relações de mando estão pouco evidenciadas. A chefia de enfermagem e os/as demais enfermeiros/as realizam a programação da assistência ao doente. Na assistência direta ao doente, excetuando os procedimentos complexos, que são realizados apenas pelos/as enfermeiros/as, as demais atividades são realizadas por todos/as os/a integrantes da equipe.

Analisando a situação a partir da realidade da enfermagem no país, a organização do trabalho na instituição estudada se justifica pela própria organização da profissão na realidade e pela legislação profissional de enfermagem, que dispõe as atividades e atribuições específicas de cada profissional componente da equipe.

A legislação de enfermagem reforça a divisão do trabalho entre enfermeiros/as e pessoal técnico e auxiliar, de modo que independente do modelo de prestação de cuidados adotado, o gerenciamento do trabalho e o planejamento das ações assistenciais são sempre realizados pelos/as enfermeiros/as. Essa realidade é legalizada através de legislação profissional, a LEP nº 7498 de 25/06/1986.

A legislação não impede, no entanto, a formulação e experimentação de relações mais democráticas na equipe de enfermagem, nem a realização de um trabalho mais integrador, pois, como afirma Pires (1999, p. 42), “embora a Lei do Exercício Profissional afirme que os/as técnicos/as e auxiliares de enfermagem podem realizar

tarefas de enfermagem sob supervisão dos/as enfermeiros/as, essa condição é respeitada quando a instituição oferece as condições”. Quando não existe enfermeiro/as nas 24 (vinte e quatro) horas, a assistência de enfermagem é realizada independente da formação dos/as profissionais.

Como a grande maioria das instituições hospitalares não conta com enfermeiros/as nas unidades assistenciais nas 24 (vinte e quatro) horas, o pessoal de enfermagem, de nível médio, desenvolve seu trabalho com relativa autonomia. Existe normalmente a figura do/a enfermeiro/a supervisor/a, que atende às chamadas dos/as técnicos/as e auxiliares de enfermagem, que, geralmente, dizem respeito às questões administrativas. As situações que envolvem o/a doente são resolvidas pelos/as profissionais de nível médio, de modo que cada trabalhador/a detém uma parcela de autonomia na realização do trabalho. O maior ou menor espaço de autonomia é definido de acordo com a forma de organização do trabalho, com as normas internas das instituições e das categorias, sendo também influenciado pelas características e valores dos sujeitos que compõe a equipe (PIRES, 1999). Essa condição também pôde ser observada neste estudo. Entretanto, a dinâmica do trabalho da equipe resulta em uma relação menos hierarquizada entre os/as trabalhadores/as de enfermagem e o modo como o trabalho é organizado possibilita uma maior integração entre trabalho intelectual e manual.

A realidade estudada aponta para outras percepções e para a valorização do trabalho dos/as diversos/as integrantes da equipe de enfermagem. Esse fato pode ser percebido pela delegação de atividades consideradas mais intelectuais, como é o caso da avaliação e cuidados com a boca, idealizados e desenvolvidos através de protocolo, com a participação de profissionais de nível médio.

Foi um dom que eu pedi a Deus. [...] O dom de cuidar, de fazer os cuidados com a boca. Este medo tão grande que as pessoas têm de cuidar, de fazer uma higiene da boca do paciente. [...] Comecei a cuidar, tirar tecidos necrosados, e comecei a estudar até que nós formamos uma equipe: a farmacêutica, a nutrição, a enfermeira e eu. [...] Começamos a trabalhar, eu comecei praticando isso. [...] Começamos a pesquisar teorias comprovadas pra trabalhar neste projeto. [...] Às vezes eu ensino também as pessoas a trabalhar. Boca, hoje, tu podés me apresentar qualquer coisa que eu sei o que é uma mucosite, o que é uma moniliase, o que é uma língua saburrosa, [...] gengivite, qualquer tipo de patologia da boca. E sei tratar também (te2/ECP).

A efetiva participação de um/a técnico/a de enfermagem na elaboração do

protocolo possibilitou que a instituição investisse na capacitação do/a mesmo/a para a realização desse cuidado e, hoje, o conjunto dos/as trabalhadores/as reconhecem que o/a profissional é mais bem preparado/a para a avaliação e, inclusive, para a prescrição de cuidados simples com a boca. Os cuidados que exigem prescrição médica são repassados por esse/a profissional diariamente aos médicos, que aceitam sua avaliação, prescrevendo a medicação.

É avaliado primeiro por mim, depois eu comunico ao enfermeiro, o enfermeiro comunica ao médico e o médico faz este tratamento. Muitas vezes tem dado até essa autonomia pra eu prescrever. [...] Eu peço aos médicos, a prescrição para trabalhar mucosite severa. Normalmente eles têm mais é língua saburrosa, é tecido necrosado. Quando a gente vai tirando [...] é comunicado ao médico também. [...]. Uma coisa mais simples, essa autonomia eles deixam pra mim, então eu trato com o chá de camomila. É usado para fazer o bochecho, porque, apesar de ser um antiinflamatório, ele é antisséptico também. E ele é ótimo [...]. Ajuda a diminuir a moniliase [...]. Bem simples, tratamento caseiro. [...]. Lidar com a boca é uma coisa muito delicada. Às vezes até para abrir a boca, mostrar a língua, nós mesmos nos retraímos, temos vergonha. A língua, às vezes, está saburrosa [...], então eles se retraem muito. [...] Tem que ter um jogo de cintura, ser muito delicado, saber. [...] faço a avaliação desta cavidade [...]. Muitas vezes eu trabalho com o familiar, já vou orientando esse familiar para em casa ele dar continuidade a esses tratamentos (te2/ECP).

Percebem-se aqui aspectos potenciais para o rompimento com o tradicional modelo hierárquico da enfermagem em que o pessoal de nível médio, embora realize o cuidado, conheça a evolução, não tem permissão para atuar sobre o problema sem o aval do/a enfermeiro/a.

A perspectiva de trabalho na instituição oncológica aponta para a existência de um modelo que contempla muito mais a perspectiva de assistência de enfermagem integral, na qual os/as diversos/as trabalhadores/as participam no planejamento, execução e avaliação do plano assistencial. Um modelo cuja proposta é de aproximação entre o saber e o fazer, dentro dos limites impostos pela atual composição da equipe de enfermagem.

Os espaços de aproximação com os usuários e familiares, tanto na internação domiciliar como na internação hospitalar, são mais bem aproveitados e utilizados para discutir com o usuário a sua assistência, as suas expectativas em relação ao cuidado que irá receber e os resultados da assistência.

Já na análise da **organização e divisão do trabalho no âmbito das diversas profissões de saúde**, integrantes das equipes interdisciplinares estudadas, é preciso

considerar outros fatores. Trata-se aqui de categorias profissionais organizadas em torno de saberes e práticas complementares, porém sob diversos aspectos com competências distintas dando origem a práticas também diferenciadas.

Segundo os integrantes do estudo, a divisão e a organização do trabalho entre as distintas profissões acontecem pela programação e divisão do trabalho assistencial conforme as competências técnicas de cada profissional, os conhecimentos próprios de cada profissão, adquiridos no processo de formação, as habilidades desenvolvidas na prática assistencial e as responsabilidades definidas pela equipe.

Existe a preocupação de que algumas coisas sejam pontuadas, para que alguns profissionais não se eximam de suas responsabilidades e para que a gente trabalhe com uma visão de competências. [...] Isso é tudo dentro de um grupo. É uma forma de respeito, valorizando o que existe de melhor em um profissional, dando condições para que ele veja suas falhas e trabalhe com elas. Mas também para que ele se sinta muito bem acolhido quando apontado que é de sua competência a resolução desse problema. Existe uma troca, de acordo com a visão de competências. Senão não existe a possibilidade de crescimento do grupo (e2/ECP).

Embora os/as profissionais entendam que cada profissão tenha atribuições específicas, no processo de trabalho, nem sempre as atribuições estão tão definidas. Os limites entre as especificidades de uma e outra profissão são tênues e os/as próprios/as profissionais relatam esse fato.

Todo mundo sabe o que tem que fazer, o que não tem que fazer. [...] Mudança de postura [...] a enfermagem faz e o terapeuta ocupacional faz. Eu [...] digo: 'vamos fazer assim, vamos fazer uma adaptação, colocar umas bóias'. Eles sabem respeitar. [...] Quando acontece alguma coisa a gente fala. Não tem problema. [...] Até as 09h30min eu sei que não posso fazer nada. É hora de banho, de higienização, tenho que ficar esperando (to/ECP).

Cada um tem o seu trabalho bem diferenciado. Algumas vezes surgiram problemas entre fisioterapia e terapia ocupacional. [...] Os profissionais da equipe mesmo ficavam confusos. Até onde vai o fisioterapeuta? O terapeuta ocupacional? [...] É conflitante. E chegou a ser desconfortável no início, mas acho que agora está bem definido (fs/ECP).

Eu sempre pensei que o objetivo principal do farmacêutico no hospital é a inserção dele no contato com o paciente, tentando promover uma melhoria na adesão do paciente ao tratamento. [...] Houve uma resistência inicial bastante grande da enfermagem, [pois a enfermagem] acreditava que ela deveria fazer essa atenção. E após toda uma discussão [...], quase que inútil porque [...] somando a gente faria até melhor, [...] a gente entendeu que pela nossa situação de estrutura organizacional, [que] a gente faria essa intervenção primeiramente, na unidade de oncologia clínica, que demandava uma maior atenção. [Nos] cuidados paliativos a enfermagem tem um contato muito mais íntimo com [o paciente], conhece todo o contexto social, da dor, de cuidado. Então ficaria com a enfermagem. [...] Isso acontece até hoje. No cuidado paliativo, eu acompanho uma ou outra [situação] quando eu posso, [...] porque eu avalio as prescrições diariamente. E quando eu vejo que tem alguma prescrição que é crítica em termos de interação medicamentosa, vou lá verifico os

horários e converso com o pessoal [...]. Sugiro algumas alterações. [...]. A nossa atenção farmacêutica se coloca muito no momento da alta hospitalar, a preocupação é com o paciente no domicílio. Mas tínhamos que estar avaliando durante todo o período de internação [...] e trabalhando mais integrada com os médicos da equipe (fr/ECP).
A equipe antiga sabe direitinho qual é o papel do outro. A nova ainda não sabe, acaba dando uma escorregada. Na faculdade o pessoal dizia: ah, o serviço social e a psicologia tem briga, a gente sempre trabalhou muito bem com a psicologia aqui. [...] Todo mundo sabia o teu papel (as1/ECP).

A organização do trabalho em saúde tem deixado evidente que as atribuições de cada grupo profissional, quando da prática assistencial concreta, não são tão claramente definidas como os/as diversos profissionais gostariam e, isso, pode ser observado na fala dos/as integrantes do estudo. Essa condição é evidenciada, em maior ou menor grau, dependendo das profissões envolvidas, da maior ou menor luta por garantia de espaços em cada momento histórico. Exemplo dessa situação é a luta recente da categoria médica através do projeto do ato médico²⁷ e que tem mobilizado as demais categorias profissionais de saúde pela garantia dos espaços de cada profissão.

Também, a subsequente divisão do trabalho nesse campo tem trazido dificuldades entre algumas categorias profissionais.

Os projetos de atuação interdisciplinar, no entanto, não têm por objetivo eliminar o conflito entre os diversos projetos profissionais, pois já se sabe de antemão que o conflito é inerente às relações de trabalho. O que se pensa e se busca com projetos alternativos de gestão e organização de trabalho é a construção de espaços mais democráticos de atuação, que possibilitem a negociação entre todos/as os/as envolvidos/as e a compreensão da interdependência das práticas. Nesse sentido, é importante perceber que os/as profissionais reconhecem os limites de atuação de cada profissão, procuram respeitar esses limites, sem perder a perspectiva de atuação conjunta, de articulação entre os saberes e fazeres. Há, nas equipes, abertura para discussão e resolução dos conflitos que surgem na divisão e organização do trabalho.

Compartilhar uma proposta de trabalho, um projeto de atuação, de certa forma facilita a distribuição de tarefas e favorece a autonomia profissional, fato evidenciado pelos/as integrantes do estudo quando se referem à divisão e organização do trabalho

²⁷ Lei do Ato Médico ou projeto de Lei PLS nº 25/2002 que dispõe sobre o exercício da medicina no Brasil, em debate no Congresso Nacional.

nas equipes.

Decisões que, habitualmente, são de competência exclusiva da área médica, nas equipes interdisciplinares passam a ser divididas entre os/as demais profissionais. Nessa situação, se tem desde a decisão sobre a necessidade de antecipação de retornos e consultas médicas, a inclusão de usuários no programa de internação domiciliar, a inclusão de usuários para fisioterapia e terapia ocupacional, até a definição de dietas, internações, altas e outros.

Os médicos nos respeitam. Por exemplo, quando a gente tem os nossos protocolos, que a gente pode prescrever [...]. Eu só aviso: o paciente está constipado e eu já fiz isso. Ele aprendeu a nos respeitar pelo nosso conhecimento (e3/ECP).

Quando eu passo a visita, freqüentemente a gente percebe questões. Por exemplo, na sexta feira vi uma alta e o paciente estava no terceiro dia de cipro, com infecção urinária. [Os médicos] vão todos para aquele estudo lá. Fica sem médico aqui. E ele deu alta e esqueceu. Tive que ligar para o celular dele, questionar, perguntar. E ele disse [que] realmente foi um esquecimento. Então tem que estar sempre interagindo e resguardando a questão do paciente (fr/ECP).

Nas realidades estudadas, percebe-se que as diversas categorias profissionais conquistaram espaços significativos de participação na definição do projeto assistencial pela prática interdisciplinar, porém, mesmo nessa atuação, mantém-se a centralidade médica na definição do projeto assistencial. Essa condição é relatada em diversos momentos pelos/as os/as integrantes do estudo, que focalizam a análise em aspectos da organização interdisciplinar do trabalho. No entanto, no conjunto do trabalho em saúde, a análise dos fatores que levou, aos saberes e aos afazeres das demais profissões, a assumirem um caráter “periférico” em relação ao trabalho médico, não permite uma abordagem descontextualizada. A formação e a institucionalização das profissões, o modo como, historicamente, a categoria médica apropriou-se do saber produzido em saúde, são determinantes fundamentais dessa realidade (PIRES, 1989).

O projeto interdisciplinar, ao mesmo tempo em que conserva espaços de autonomia dos/as profissionais, apresenta uma face de interdependência, que resulta em uma atenção de maior qualidade aos usuários do serviço. Na realização do trabalho, os/as profissionais desenvolvem relações de colaboração, com vistas a uma assistência de melhor qualidade ao usuário.

Na alta do paciente, a gente faz o que [se] chama de aconselhamento. [...] Avalia

primeiro a prescrição. [...]. Neste momento tem um trabalho integrado da equipe. [...] Integra o escriturário da unidade, o serviço social e a farmácia. O escriturário vai avaliar toda a prescrição, ver se tem toda a documentação necessária e já vai agendar a data de retorno do paciente. [...] A nossa prescrição é pelo nome genérico. O médico coloca a posologia e não só a quantidade. Às vezes nem coloca a quantidade, a gente é que vai calcular. Esta é uma questão importante, é resguardar o tratamento do paciente [...] facilitar o acesso ao medicamento. A gente pede que o médico prescreva pela denominação comum brasileira, pelo nome genérico do medicamento. Aí ele vai ao postinho e consegue ter acesso às medicações básicas. O serviço social vai avaliar junto ao posto de saúde do município de origem do paciente se tem aquela medicação. [...] Medicação de alto custo, que não tem no posto, a gente ainda faz uma retaguarda, acaba fornecendo. [...] Com todo este aparato nas mãos, já temos todo o encaminhamento para fazer a avaliação da prescrição. Checamos junto ao prontuário, [olhamos] a história deste paciente, o contexto, o histórico de enfermagem, do serviço social para ver se o paciente tem cuidador, qual é o nível socioeconômico dele, a capacidade de compreensão que ele tem deste processo. [...]. Tem gente analfabeta, por exemplo, que é difícil. [...]. Em outros momentos, você se surpreende porque eles acabam tendo um conhecimento maior, um comprometimento maior com o tratamento (fr/ECP).

Cada um sabe o seu trabalho aqui dentro. Cada um faz a sua parte interagindo com o outro. Eu acho que temos bem claro. É compartilhado, mas temos. Eu não vou orientar uma dieta se eu não sei. Cada um faz a sua parte da melhor forma. Fisioterapia. O que eu sei sobre fisioterapia? Não sei nada. E nem quero. Para isso é que existe um profissional (e3/ECP).

A integração entre as esferas de atenção ambulatorial, internação domiciliar e hospitalar, nos casos em que a assistência em áreas específicas como nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, serviço social e farmácia se fazem necessárias, são solicitadas pelos/as profissionais da área ambulatorial.

E quando a gente identifica um paciente que precisa de fisioterapia eu agendo com a nossa fisioterapeuta. Vai um de nós junto. Geralmente vou eu. [...]. Nutrição a mesma coisa. E tem funcionado bem. [...] Não precisa ter pessoas lotadas no PID, mas pessoas envolvidas com o programa efetivamente. [...] Tem essa facilidade de trabalhar e envolver o outro. Por isso eu acho que funciona. As pessoas se sentem parte do processo (e1/ECP).

São ressaltadas, no entanto, dificuldades nessa relação. Para o/a entrevistado/a, o Programa de Internação Domiciliar (PID) depende da integração com o hospital de apoio, o que, muitas vezes, não acontece.

A comunicação é importante. [...] Avaliar o paciente, isto pra mim é sagrado. No primeiro momento em que eu sento na frente do familiar, do paciente, eu levo por escrito a forma como a gente trabalha, um consentimento pós-informado. [...] O telefone [do PID] fica comigo. [...] Eu faço sobreaviso. Excedo as horas que eles pagam. Ai a *coordenadora* fala: '[...] Divide. Deixa parte do tempo contigo e metade com o hospital'. [...] Não que seja diferente a forma de tratar, [mas] paciente com dor, não orientam o reforço, não tem tempo para perguntar: como é que está fazendo a medicação, quantos miligramas, de quanto em quanto tempo. [...]. Não que eu tenha as respostas todas, mas eu procuro estar pronta para buscar essas respostas, dar essas respostas (e1/ECP).

5. 2.3 A coordenação nas equipes interdisciplinares

As duas experiências estudadas pertencem a uma estrutura institucional em que existe uma hierarquia formal e os/as profissionais respondem a esse desenho organizacional, conforme abordado anteriormente. Porém, internamente, as equipes funcionam também em uma lógica diferenciada de coordenação dos trabalhos.

Na equipe de cuidados paliativos, a coordenação formal do processo de cuidados, instituída pelo Programa de Qualidade, é competência do/a profissional médico/a, chefe do serviço. Na enfermagem, há uma coordenação da unidade de cuidados paliativos e o/a coordenador/a faz o gerenciamento do pessoal de enfermagem a ele/a subordinado, do cuidado de enfermagem prestado ao usuário e da unidade assistencial. Ambos possuem reconhecimento institucional e recebem gratificação pelo exercício da função. No Programa de Internação Domiciliar/Hospital Dia e atendimento ambulatorial, subordinado hierarquicamente à chefia de serviço de cuidados paliativos, a coordenação dos trabalhos e da assistência de enfermagem é realizada pelo/a enfermeiro/a e este/a não é remunerado para a função.

O/a coordenador/a do processo de cuidados paliativos e chefe do serviço acumula com a coordenação outras atividades que dizem respeito ao processo de trabalho do/a médico/a na instituição.

Aqui eu tenho funções múltiplas. [...] Uma função burocrática [a chefia]. Eu faço tudo. Todo dia. Isso me sobrecarrega bastante, mas tudo bem se aproveita para espalhar um pouco. E eu faço plantão à noite também. Na verdade, eu trabalho no ambulatório... Olha só! Tem o ambulatório, eu venho aqui na enfermaria, participo de reunião, faço o programa de internação domiciliar, que é uma criação nossa, pode-se dizer que é algo pendurado no organograma; faço essa cobertura da tarde e faço os plantões noturnos também. [...]. Pouquinha coisa. Isso sobrecarrega muito (m2/ECP).

Na equipe gerontológica, a coordenação do trabalho coletivo é realizada por um/a profissional médico/a, porém esse grupo, conforme colocado anteriormente, não tem ligação com o organograma formal da instituição e os/as profissionais são lotados/as em suas diretorias respectivas. O/a coordenador/a desenvolve também atividades ligadas à docência e à assistência nas unidades de internação, além das atividades de coordenação do grupo e atendimento ambulatorial, em menor escala. A equipe divide a coordenação entre os/as três profissionais que fazem parte do quadro

da instituição, utilizando como referência as afinidades e as habilidades pessoais para a atividade a ser desenvolvida.

Excetuando as atividades assistenciais específicas de cada profissão, definidas por legislação profissional, não existe divisão de tarefas estanques e os/as profissionais dividem as atividades conforme a necessidade, as habilidades e o tempo disponível para o trabalho, porém todos/as conhecem suas responsabilidades. No dia-a-dia, a enfermagem e o serviço social fazem a coordenação diária das atividades ambulatoriais e a organização de agendas, ou seja, as atividades organizativas que dão sustentação ao trabalho coletivo. A articulação externa com a Secretaria de Saúde é tarefa do/a coordenador/a e do/a representante do Departamento de Enfermagem da referida Universidade, porém, as decisões e ações são discutidas nas reuniões da equipe.

A parte administrativa do dia a dia, eu e a assistente social juntas. As duas fazem. Coisas junto com a direção, coisas maiores, [o coordenador] resolve (e4/EG).

No geral todos fazem tudo. [...] Eu e a enfermeira estamos mais na coordenação. O *médico* é o coordenador do grupo, mas como ele vem duas vezes por semana, então quem está mais na parte de organização somos [nós]. Tocamos [...] as agendas, a organização do grupo. [...] E na medida do necessário se divide, se tiver que fazer uma tarefa mais específica [...] um trabalho junto com a Secretaria de Saúde do município. [...] Quando é uma coisa mais ampla, de fora fica com eles. E nós ficamos mais nas coisas internas mesmo (as2/EG).

O/a fundador/a do Núcleo e idealizador/a do projeto é o/a coordenador/a da equipe, porém nas situações do dia-a-dia, a coordenação das atividades é dividida entre o/a enfermeira e o/a assistente social e estes/as são reconhecidos/as por alguns/as integrantes da equipe como os/as reais articuladores/as do trabalho.

A *enfermeira* é quem eu sinto como quem segura. Tem a assistente social. Tem a reunião do *coordenador* Tudo bem *ele* é o chefe [...], mas quem está no dia a dia e quem segura o dia a dia é a enfermeira. [...] É a que lidera (m6/EG).

Em termos de objetivo maior do grupo é o *coordenador*, que segura mais essa coisa ali, mas voltando mais pro dia a dia eu colocaria assim a assistente social, que é uma pessoa que tu tem acesso fácil e depois a *enfermeira* (ps/EG).

Na equipe de cuidados paliativos, as atividades formais de direção são assumidas pelos integrantes dos cargos de chefia, porém, a maioria dos/as integrantes do estudo, inclusive a atual chefia de serviço, tem a idéia que a coordenação do grupo, exercida pelo/a profissional médico/a chefe do serviço, é uma atividade formal,

burocrática necessária.

É rotativo. Eu tenho que ocupar e não tem jeito. Apesar de eu detestar e eu fazer tudo para não me meter na burocracia. Tem que ser [...]. Porque eu acho uma besteira e tem muitas coisas que eu não concordo (m2/ECP).

Os/as integrantes do estudo consideram que o/a coordenador/a de fato é o/a profissional que iniciou os trabalhos de cuidados paliativos. O reconhecimento dessa liderança pôde ser constatado tanto pela observação sistemática quanto pelas falas dos/as entrevistados/as. Na prática da coordenação das atividades da equipe, também foi possível observar que esse/a é a real liderança da equipe. É quem coordena as reuniões, as visitas da equipe aos usuários internados e é a quem a equipe, como um todo, recorre nas situações de tomada de decisão.

No cuidado paliativo tem a figura de uma pessoa que é o elemento chave de tudo isso. Que tem uma capacidade de liderança muito grande, [...] uma abordagem para com a equipe, conduz os profissionais de uma forma muito interessante. E que tem um crédito frente aos pacientes. [...]. Se essa pessoa não existisse aquilo se perderia, porque nós não temos maturidade. [...] Isso pra mim é muito frágil dentro da estrutura do paliativo. Centrado em uma pessoa (fr/ECP).

Ela tem essa característica. [...] Ela te faz sentir parte do processo, tu te sentes aprendendo. É diferente quando eu pergunto para outro profissional. [...] Ela te explica, te faz entender. Entende a enfermagem, entende a nutrição. Não que ela entenda o específico, mas entende a tua colocação. [...] Ela te ouve pelo menos. Se tiver que dizer que não dá ela te diz ali na hora, fica roxa, todo mundo conhece. [...] Que é quem dá o nosso norte. [...], mas isso também [...] não nasceu de uma hora para outra. [...] Falar em equipe interdisciplinar e não falar *nela* [...]. O que nós temos é ela. É o que ela pensa, o que ela é. Foi ela quem criou isto tudo. Saiu da cabeça dela. De um sonho dela. Justamente o sonho que hoje é o sonho nosso, é compartilhado. Mas quem começou foi ela. [...]. O que ela sente, o que diz para mim é que ela está cansada. [...] Não imaginas a pressão que ela sofre para sair de cuidados paliativos e ir para oncologia clínica. [...] Porque ela é uma liderança, realmente. Ela tem um acesso, entre os colegas, com o corpo clínico muito bom. [...]. Isso não é só com a equipe, isso se reflete com os pacientes [...]. Vai além do papel. [...] É a pessoa para quem todo mundo olha numa situação de aflição, conflito, de necessidade de direção. [...] Não é a hierarquia do poder é a hierarquia do saber (e1/ECP).

Eu percebo algumas lideranças dentro deste grupo. [...] As pessoas que atuam ativamente, elas são lideranças em suas equipes. Embora seja coordenador da enfermagem, tenho diversas pessoas que me complementam [...]. A farmacêutica, a nutricionista. [...] A médica X [...], ela é uma direção dentro desta instituição. [...] É uma das pessoas que mais agrega subsídios para que o grupo cresça. Porém também é uma pessoa que mais cerceia possibilidades de o grupo crescer. [...] As duas coisas andam bem juntas. [...] Ela propicia que todos falem, participem, mas é centralizadora. O grupo a deixa fazer isso. Por uma dinâmica interna do próprio grupo (e2/ECP).

Apesar de não ser a coordenadora dos cuidados paliativos, ela ainda exerce um poder de liderança maior. [...] Quando ela está, as reuniões são mais organizadas. Não sei se a equipe fica com receio ou medo, ou respeito, não consigo definir muito bem. [Mas] o grupo tem que ter poder de liderar. [...] Um poder de liderança igual (fs/ECP).

As referências feitas pelos/as integrantes do estudo, em muitos casos, tratam de uma hierarquia formal e uma hierarquia baseada na competência reconhecida pelo grupo, de modo que a chefia do saber é mais valorizada. Nesse sentido, a real coordenação do grupo é atribuída a “chefia do saber”, representada pelo/a idealizador/a do grupo e do modelo de cuidados paliativos na instituição. Em se tratando dessa situação, a pessoa envolvida é considerada um ícone na questão de cuidados paliativos no estado e isso leva a equipe a desejar a sua permanência constante na liderança da equipe. Entretanto, é importante considerar, como foi abordado anteriormente, que a referência à “chefia do saber”, na fala de muitos dos/as entrevistados/as, é permeada pela noção de “saber” médico, enquanto saber superior aos demais saberes envolvidos na atenção à saúde.

Embora se destaque como liderança do “saber” entre os/as integrantes do estudo, é importante lembrar que esse/a profissional, em sua trajetória, ocupou por muito tempo a liderança formal da equipe. Ainda, nos dias atuais, exerce funções na instituição e na Fundação. A história do exercício da liderança formal desse/a profissional ao longo de um período na instituição, com aprovação e reconhecimento de sua competência pela equipe interdisciplinar, funciona como elemento de pressão para a sua permanência na hierarquia formal. No entanto, o/a mesmo/a entende que a alternância administrativa é saudável ao processo.

Uma outra coisa que eu vejo é esse problema da hierarquia [...]. Muitas vezes eles burlam a hierarquia institucional para conseguir em outras. Daí sobra pra mim. Eles acham que eu posso ter mais influência porque eu sou mais antiga, ou às vezes eles não aceitam a hierarquia institucional porque acham que aquela pessoa não devia ser o chefe [...] isso é uma coisa que existe em todos os locais. [Tem] que fazer entender que realmente é uma coisa momentânea. Que o que fica é o que a gente é realmente enquanto profissional. [...] Eu tento mostrar pra eles que se você está num cargo de chefia sua responsabilidade ainda aumenta. Você tem que estar mais presente, tem que saber mais dos pacientes e saber mais cientificamente. [...]. Se não demonstra estas três coisas você perde essa autoridade. E as pessoas não vão te perdoar, elas não vão te ver como chefes, porque não pode ser uma coisa imposta. Então essa coisa no relacionamento é bem forte. A gente tenta fugir. [...] Tem que se controlar para não entrar neste jogo. A coisa tem que caminhar e [temos] que ajudar as pessoas. [...] Essa troca, [para] que cada um ocupe essas chefias é muito importante. Não pode ser só um chefe. [...]. Às vezes quem é mais antigo vem, resolve, talvez por mais experiência. Mas a gente tem um relacionamento muito bom (m1/ECP).

Os estudos sociológicos de Max Weber (1864 – 1920) acerca do fenômeno da burocracia trazem a idéia de que a administração burocrática consiste em formas de

exercer a dominação (autoridade) sobre outras pessoas.

Segundo Weber, autoridade proporciona poder e significa “a probabilidade de que um comando ou ordem específica seja obedecida”. A autoridade representa um poder institucionalizado e oficializado. O poder implica em um potencial para exercer influência sobre outras pessoas, ou seja, o poder se traduz como probabilidade de alguém impor a própria vontade dentro de uma relação social, acima de qualquer forma de resistência (COHN, 1985).

Para Las Casas (1999, p. 77), a burocracia, conforme estudada por Weber, significa “formas de legitimar a existência de pessoas com direito de dar ordens sobre certos assuntos para grupos específicos de dominados”. Segundo o autor, isso implica em considerar que existem diversos motivos para que as ordens dos dominadores sejam obedecidas pelos dominados: medo, ciúme, afetos, costumes, interesses materiais. No entanto, esses motivos não são suficientes para manter a dominação por longos períodos; é necessário que a dominação torne-se legítima frente aos subordinados, que estes últimos aceitem que o outro possui o direito de dominação.

Weber sintetiza três formas pelas quais se obtém o direito de dominação: pela lei e razão, pela tradição e pelo carisma.

A dominação legal ou racional, legitimada pela razão e pela lei, ocorre quando os/as subordinados/as aceitam as ordens dos/as superiores/as como justificadas, porque concordam com o conjunto de preceitos e normas que consideram legítimas e dos quais deriva o comando. A legitimidade do poder racional e legal é baseada em normas racionalmente definidas. Há um quadro de pessoas que se ocupa em impor leis sobre os/as demais; uma hierarquia definida de competências, salários e *status* dos cargos e, no topo dessa hierarquia, há um/a único/a chefe. Os procedimentos adotados pela administração são rigorosamente documentados; os/as subordinados/as são pessoas livres, que obedecem não a alguém, mas sim aos limites de suas funções administrativas. As pessoas são escolhidas por sua competência e qualificação, sendo que essa qualificação tende a crescer com o tempo (COHN, 1985; LAS CASAS, 1999).

A dominação tradicional se traduz pela obediência não a um “senhor”, mas à tradição que este senhor representa. São os costumes e as tradições que delimitam os direitos e os deveres de quem comanda e de quem é comandado/a. Rompendo-se a

tradição, deixa de existir o dever à obediência e ao comando. O poder tradicional não é racional é extremamente conservador, podendo ser transmitido por herança (COHN, 1985; LAS CASAS, 1999).

Já a dominação carismática ocorre quando os/as subordinados/as aceitam as ordens do superior como justificadas em função da influência da personalidade e da liderança e porque com ela se identificam. “O carisma é a fonte de legitimidade” e o líder é percebido como alguém com “qualidades excepcionais”, alguém que possui a verdade, a capacidade de ver o futuro, “um guerreiro invencível”. Este precisa cotidianamente mostrar seu valor e superioridade, sua “capacidade fora do comum”. A legitimação dessa autoridade provém de características pessoais carismáticas do líder e do arrebatamento que consegue impor a seus seguidores e seu poder pessoal é intransferível. Mantém, neste caso, um vínculo pessoal com cada um de seus seguidores e tem potencial para romper com as normas e leis precedentes, bem como com as tradições (COHN, 1985; LAS CASAS, 1999, p. 79-80).

Para Weber, a expansão da burocracia no mundo ocidental consistia em uma preocupação, uma vez que entendia que a não possibilidade de exercício das demais formas de dominação como a tradicional e a carismática, poderia levar a incapacidade de renovação da sociedade e ao seu esclerosamento. A padronização dos homens e das coisas, promovido pela burocratização, era sentida por ele como perigosa e extremamente pobre (LAS CASAS, 1999).

Segundo Las Casas (1999, p. 80), Weber também se opunha a um mundo comandado pela dominação tradicional e carismática, porém “parecia favorável a uma sociedade múltipla onde a renovação de uma forma de dominação por outra sempre seria possível”.

Muitos dos aspectos da dominação carismática e da dominação tradicional estão presentes na lógica do exercício da liderança nas duas equipes estudadas. As coordenações, reconhecidas pelo grupo, são pessoas que dentro de determinada estrutura conseguiram trazer idéias novas, contrárias à prática dominante, estabelecer projetos e realizá-los em conjunto com outras pessoas. Fizeram seus projetos, o projeto de um grupo, e hoje, são reconhecidos por estes.

A discussão travada por Enriquez (1997, p. 71-73), faz pensar que é da

combinação dos três tipos de autoridade que se sustenta à liderança. Para o autor, “uma instituição visa estabelecer um modo de regulamentação e tem por objetivo manter um estado, fazê-lo durar e assegurar sua transmissão”. As características dessa regulamentação se fundamentam em um saber “que tem força de lei e que se apresenta como expressão da verdade”. A instituição mantém-se coesa por conta desse saber “teorizado e indiscutível”. Um saber que deve interiorizar-se “nos comportamentos concretos, nas regras e na vida organizada”, ou seja, deve ser aceito por aqueles/as que fazem parte da instituição.

As instituições, no entanto, não surgem do nada, toda instituição se origina “a partir de uma pessoa principal”; elas colocam o problema da paternidade, a “que dá a origem, que forma”. Para fundar algo durável, a pessoa deve exprimir por si mesma ou por seus seguidores através da palavra, fazendo uma conexão entre si e o saber que tem expressão de verdade. Os “outros” se identificam com essa pessoa e “a tomam como ideal, se fundem com ela para serem como ele e poderem, um dia, assumir sua função”. As instituições esperam reproduzir as mesmas pessoas e os mesmos comportamentos “segundo uma ‘forma’ dada de uma vez por todas”. Nessa perspectiva, exercem as instituições um papel educativo ou formativo ao se referirem e promoverem um ideal de pessoa, um tipo de saber que se não for ensinado corre o risco de desaparecer (ENRIQUEZ, 1997, p. 73).

É nesse sentido que os/as integrantes do estudo, especialmente da equipe de cuidados paliativos, no qual a questão da liderança assume um papel fundamental na organização do grupo e do serviço, “imaginam” as conseqüências para o trabalho das equipes, em caso de afastamento dessas lideranças.

Ela é na realidade o fulcro daqui. Se um dia passasse um OVNI²⁸ e levasse ela embora não digo que o serviço fosse desmontar, porque ele não está assentado em bases frágeis. Nós acreditamos no que fazemos. Agora seria um senhor abalo. Nós íamos ficar muito perdidos, sem rumo. Porque realmente ela é uma pessoa muito importante. Eu posso dizer sem medo de errar que ela é o serviço. Nada disso existiria se ela não trouxesse essa idéia; se ela não batalhasse sozinha no começo para que isso fosse aceito diante do ceticismo de todo mundo; se ela não empregasse muito do seu próprio prestígio pessoal na defesa desta idéia [...]. Ela poderia se queimar, e ela sairia ridicularizada, mas apostou nisso, levou a frente. Eu não estaria aqui se ela não tivesse confiado na minha capacidade e se não tivesse me aceitado para trabalhar do lado dela. A gente não pode esquecer nada disso. [...] O meu sentimento em relação a ela é de admiração, é de gratidão (m2/ECP).

²⁸ OVNI – Objeto Voador Não Identificado

Que nem ela não tem ninguém mais. E ela vai se aposentar. As pessoas que estão ali poderiam aproveitar mais essa oportunidade. E se fazer ouvir, se fazer respeitar. É uma pena que elas não façam. Acomodam-se cada um no seu espacinho e deu. [...] Ela resolve, ela encaminha. Não fica enrolando. O problema existe e ela está sempre pronta para resolver (te1/ECP).

A realidade do trabalho em saúde, nas instituições prestadoras de cuidados é fundamental para entender como e porque os/as médicos/as assumem a coordenação das equipes interdisciplinares estudadas, porque a liderança e a coordenação exercida por estes/as profissionais é pouco questionada, mesmo em um cenário que se propõe a atuar de modo diferenciado. Influenciam, nesse sentido, a história e a constituição das profissões nessas instituições e na realidade do trabalho em saúde. Mesmo em situações em que outras/as profissionais assumem parte significativa das atividades de coordenação, garantindo a existência e a continuidade das propostas de trabalho, os/as médicos/as continuam os/as reais coordenadores/as das equipes.

Esse fato pode ser explicado pelo modo como as profissões de saúde se organizaram, ao longo da história, em especial, pelo processo histórico e social que forjou a ocupação das estruturas de poder dos hospitais, pelos/as médicos/as, bem como sua influência nos aparelhos formadores de profissionais de saúde e nas legislações que definem os campos de atuação de cada profissão. Em um complexo processo histórico, os médicos vêm buscando subordinar as demais profissões às suas decisões (PIRES, 1998).

Por último, a questão da coordenação nas equipes interdisciplinares demanda a análise do modo como as instituições têm tratado das mudanças de equipes gerenciais.

Algumas dificuldades relacionadas ao exercício do papel gerencial na enfermagem foram observadas por Leite e Ferreira (1998), a partir de reflexão e intervenção concreta realizada com gerentes de enfermagem de um hospital público. Com base nesse trabalho, afirmam os autores que, as mudanças de equipes gerenciais nas instituições públicas costumam ser assimiladas apenas como mudança de ocupantes dos cargos, predominando uma “burocratização e despersonalização” do papel gerencial, embora também seja freqüente o contrário, a expectativa de grandes mudanças a partir apenas da alteração do quadro gerencial. “Essa tendência dominante de se lidar com as mudanças de cargo como um processo rotineiro nega a dinâmica

sistêmica e evolutiva da própria organização”, desconsiderando a complexidade dos processos envolvidos. Nesse sentido, “revela uma visão estática e mecanicista da organização” naturalizando seu funcionamento e não dando a devida atenção ao desgaste dos/as trabalhadores/as, das equipes e daquele/a que assume o papel gerencial (LEITE; FERREIRA, 1998, p. 27).

Essa tendência pode resultar em duas possibilidades: sobreposição das “expectativas institucionais às características e dinâmicas individuais” daquele/a que assumiu o cargo ou a “descaracterização da unidade organizacional pela inexistência ou fragilidade de seus mecanismos operativos e de suas definições funcionais”. Nesse último, “o papel gerencial ganha liberdade quase que absoluta para desenvolver-se segundo a personalidade de cada gerente”, de tal modo que as diversas unidades de uma mesma organização, gerenciadas por diferentes sujeitos se diferenciam tanto entre si, que não parecem fazer parte de uma mesma organização. Com ambas as posturas, perde-se a oportunidade de transformar os momentos de renovação dos cargos gerenciais em “momentos de revitalização organizacional”, de amadurecimento das equipes de trabalho; “de otimização das condições de vida e trabalho no cotidiano profissional” e de melhoria dos serviços prestados (LEITE; FERREIRA, 1998, p. 27).

De modo geral, o que o grupo espera da liderança é “o reforço de sua identidade coletiva e o estabelecimento ou reforço do projeto comum da equipe”. A liderança, além de tudo, tem que integrar seu papel representativo da equipe e as responsabilidades do cargo gerencial, e, muitas vezes, essas duas necessidades não coincidem, o que exige desse/a gerente um esforço de reestruturação de sua identidade e de suas novas funções. Também o grupo passa por um processo de reestruturação e readaptação ao novo estilo de liderança, mexendo em todas as relações internas da equipe (LEITE; FERREIRA, 1998, p. 29).

A estruturação do papel gerencial representa para o indivíduo que o assume a necessidade de compreender as atribuições ligadas ao cargo, estruturação psicoemocional para enfrentar as novas situações, reflexão sobre sua estrutura de personalidade, reconhecimento da necessidade de ampliação do repertório existencial, reconhecimento das posturas que devem ser modificadas e daquelas que devem ser preservadas. Assumir um cargo gerencial representa redimensionar suas posições

dentro da organização e frente à equipe, e isso acontece em um processo lento e trabalhoso para os dois lados, equipe e gerente, conforme nos fala o/a entrevistado/a:

Mesmo que eu [gerencie] a enfermagem, mas ela é facetada com outros serviços. Eu preciso também estar inteirado também com os outros serviços. Então isso pra mim tem sido um exercício muito difícil na parte da formação. [...] é uma parte que eu busco agora. Até para ter essa visão de poder fazer a coordenação. Mas eu me sinto muito acolhido pelo grupo. Porque mesmo dentro dos erros e dos acertos o grupo procura te sinalizar para que tu vejas que as coisas não são daquela maneira [...]. Tem sido muito difícil este dois anos, [...] porque a enfermagem é muito complexa [...] (e2/ECP).

É preciso compreender a construção da identidade gerencial enquanto uma dinâmica evolutiva, que depende de aprendizagem,

em que estar e atuar como gerente resulta de uma organização das experiências vividas nesse papel; ou seja, o indivíduo experimenta as diversas situações resultantes da interação entre os diferentes fatores e sujeitos envolvidos no cotidiano da função, processando suas experiências e seus ciclos (repetições), avaliando e organizando suas vivências de modo a transformá-las em conhecimento (LEITE; FERREIRA, 1998, p. 29).

Compreender também que a identidade com o papel gerencial “é construída na dinâmica das equipes”, [...] “resulta da articulação e interação dinâmica dos diversos atores e segmentos institucionais, nas relações coletivas do trabalho” (LEITE; FERREIRA, 1998, p. 30).

A constituição do/a novo/a gerente, portanto, depende também do grupo de trabalho, da abertura de espaço para que este sujeito possa desenvolver suas potencialidades, mostrar o seu estilo de liderança, sem que, com isso, esteja ameaçado o projeto coletivo da equipe. Ao contrário, essas oportunidades de alternância de liderança podem estimular a renovação e reafirmação do projeto coletivo. Ao mesmo tempo podem imprimir outros “modos de fazer” e, com isso, possibilitar a continuidade do projeto, na medida em que incorpora idéias novas, que pode integrar novos valores que foram surgindo ao longo da caminhada, pela entrada de pessoas novas que precisam ser integradas a esse ideal coletivo, com todas as suas singularidades e desejos. Evitam-se também as posturas cristalizadas que acabam por entender que só há um jeito de acontecer o projeto coletivo, cerceando muitas das novas habilidades e potenciais que vão se inserindo no grupo ao longo de sua trajetória.

A renovação das lideranças, desse modo, além de contribuir para a renovação da

própria equipe, é elemento fundamental para a continuidade de projetos de longo prazo. Entender que esses projetos se renovam, se modificam na medida em que cada um imprime sua marca nessa construção é entender também a dialética do processo coletivo.

Com base nos achados dessa investigação e considerando as reflexões acerca da liderança e da coordenação de processos coletivos de trabalho, suscitadas pela literatura, é preciso considerar que as mudanças encontradas nas duas equipes interdisciplinares estudadas não apresentam mudanças significativas para a organização do trabalho coletivo. Também nas equipes interdisciplinares, constata-se a manutenção do poder do/a profissional médico/a frente às demais profissões e as relações de subordinação entre os/as profissionais. Evidencia-se, também, nas equipes interdisciplinares, a insuficiência da reflexão acerca do papel da liderança e da coordenação, e da importância e possibilidades de avanços que podem resultar da alternância de poder na equipe.

5.3 O INSTRUMENTAL DE TRABALHO UTILIZADO PELAS EQUIPES INTERDISCIPLINARES

Para Marx (1989, p. 203), os meios de trabalho são “uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto”.

Pires (1999, p. 32), ao falar sobre o trabalho em saúde, refere que o instrumental de trabalho “são os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde”.

Para Peduzzi (1998, p. 22), os instrumentos de trabalho não são naturais, “mas construídos historicamente pelo sujeito que, assim, estende sua possibilidade de intervenção sobre o objeto”. Citando Mendes-Gonçalves, esta autora defende que, “para se constituírem enquanto instrumentos, eles devem apresentar a capacidade de sintetizar as qualidades do objeto e do projeto de produto em uma ação transformadora”. Nessa perspectiva, objeto e instrumento de trabalho conservam relação entre si e “só podem ser assim configurados por referência a sua posição

relacional” e pela intermediação do/a trabalhador/a que lhe atribui uma finalidade.

Na produção da atenção à saúde, os/a diversos/a profissionais atuam sobre um mesmo objeto, utilizando instrumentais apropriados para cada atividade específica. Esses instrumentais podem ser diferenciados, dependendo da perspectiva de atuação, porém existem instrumentos que são comuns aos diversos profissionais.

Na realização do trabalho, os/as profissionais utilizam os conhecimentos próprios de sua profissão, conhecimentos de outras profissões que integram o trabalho em saúde e conhecimentos construídos coletivamente pelo conjunto dos/as trabalhadores/as. Utilizam também os instrumentos colocados institucionalmente, objetos e recursos que facilitam e promovem a ação coletiva, com vistas a cumprir a finalidade do trabalho.

Na organização científica do trabalho, quem define os instrumentos necessários ao trabalho coletivo é a gerência, que padroniza as ferramentas, os materiais e os movimentos do/a trabalhador/a, bem como define cada uma das tarefas que serão realizadas por cada um/a dos/as trabalhadores, individualmente.

Para Campos (1994, 1997, 2000a) e Pires (1998), no trabalho em saúde, os instrumentos e as técnicas, bem como os tempos e os movimentos do/a trabalhador/a são pouco padronizáveis. A variabilidade do objeto de trabalho presta-se pouco à padronização, e, as profissões de saúde, em sua relação com o objeto de trabalho, mantêm sempre espaços relativos de autonomia para a tomada de decisão, tanto no que diz respeito às condutas adotadas quando ao instrumental que vai ser utilizado.

No entanto, no dia-a-dia de trabalho, os/as profissionais de saúde têm exposto dificuldades e insatisfações que dizem respeito aos instrumentais e aos meios existentes para a realização do trabalho. As insatisfações estão relacionadas à falta de participação na escolha dos instrumentais adequados ao trabalho, à qualidade dos produtos adquiridos, dentre outros. Nos estudos de Honório (2006), Matos (2002) e Hirt (2005), os/as trabalhadores/as de enfermagem da instituição hospitalar universitária reconhecem que os espaços de participação na escolha de materiais para o trabalho têm aumentado nos últimos anos, porém, por diversas situações, muitas vezes, os/as trabalhadores/as não aproveitam as oportunidades existentes.

Na instituição oncológica e na instituição universitária, os/as trabalhadores/as

avaliam que, sob determinados aspectos, o instrumental de trabalho é adequado às necessidades de trabalhadores/as e usuários.

No que diz respeito aos materiais de consumo, há mecanismos de interação entre os serviços responsáveis pela aquisição de material e os/as trabalhadores/as, que podem influenciar a escolha, rejeitando materiais que não se mostram adequados à realização do trabalho.

As instalações físicas, embora não sejam as idealizadas, representam uma conquista das equipes e, em sua maioria, mostram-se satisfatórias para o desenvolvimento do trabalho.

Na instituição oncológica, que depende de exames e tratamentos não disponíveis na instituição, estes são obtidos nas demais unidades assistenciais da rede estadual de saúde e os/as profissionais julgam que essa condição atende às necessidades do serviço, na maior parte das vezes.

Sob muitos aspectos, foi possível observar, na fase da investigação no campo, a maneira como os/as profissionais dispõem dos recursos existentes para o cuidado dos usuários. Embora nem sempre os recursos sejam suficientes e adequados, as equipes os administram de forma a contemplar suas necessidades.

Dentre os instrumentos utilizados para a efetivação da articulação interdisciplinar destacam-se: o prontuário do “paciente”²⁹, utilizado por todos/as os/as profissionais e os protocolos assistenciais, que podem ser específicos de cada categoria profissional ou construído pelo conjunto dos/as profissionais que integram a equipe.

5.3.1 O prontuário único

O prontuário do “paciente” serve para registro de ocorrências, tratamentos, cuidados, medicamentos, exames, e outras ações realizadas com os usuários, seja no nível ambulatorial, em clínicas e consultórios, e também, no ambiente hospitalar. Nas instituições hospitalares, este instrumento tem sido utilizado principalmente pela medicina e pela enfermagem.

²⁹ Nas duas instituições estudadas o prontuário é denominado “Prontuário do Paciente”. Embora neste estudo tenha optado pelas designações “usuário” e “doente”, dependendo da situação, mantive aqui a designação usualmente utilizada nas instituições de saúde.

Pires (1998) e Leopardi (1991), ao estudarem o modo como os/as profissionais de saúde têm utilizado o prontuário único em instituições hospitalares, concluem que ele serve mais para armazenar dados do tratamento e da evolução de usuários que para fazer a integração interdisciplinar.

Nas duas instituições estudadas, o prontuário contém os registros de todos/as os/as profissionais de nível superior. O modo como o prontuário é utilizado pelas equipes interdisciplinares aponta para uma realidade pouco diferenciada das demais realidades dos serviços de saúde.

Na instituição universitária, cada usuário tem apenas um prontuário, seja para o atendimento ambulatorial, seja para os serviços de internação. Boa parte do prontuário encontra-se informatizado, outra parte em processo de informatização.

E isso tem que ser um hábito de todos os profissionais porque ali tem toda a história do paciente, tudo o que está acontecendo, tudo o que os profissionais registram neste prontuário. Então é importante que todos os profissionais registrem neste prontuário, que é uma coisa única. Ali tem tudo (as2/EG).

Na instituição oncológica, o prontuário não é informatizado, os usuários possuem um prontuário para cada nível de atenção (ambulatorial, internação domiciliar e internação hospitalar). Em cada uma dessas esferas, o prontuário é utilizado por todos/as os/as profissionais de nível superior. A duplicidade de prontuários para um mesmo usuário, a não informatização desse documento é entendida como prejudicial ao trabalho, gerando insatisfação entre os/as trabalhadores/as.

Não existe informatização na instituição. [...] Então assim, eles acham que fazer uma prescrição à mão é normal. Eles acham que você conseguir um laudo à mão é normal. É tudo escrito (m2/ECP).

A instituição inicia no momento a [...] formação de uma comissão de avaliação do prontuário para que [ele] seja eletrônico. Para que todos os serviços tenham acesso a esse prontuário, [porque] as informações do ambulatório são fragmentadas. Dificulta as ações (e2/ECP).

De alguma forma, todos/as os/as profissionais confirmam manusear o prontuário, seja para realizar anotações sobre a assistência que prestaram ou para a prescrição de cuidados e tratamentos. No entanto, nem todos/as têm por hábito a leitura diária dos registros efetuados pelos/as demais profissionais; e procuram pelo prontuário quando ainda não conhecem o usuário ou quando de alguma intercorrência.

Nem sempre. Quando é uma coisa diferente, principalmente quando é um paciente novo, que a gente não conhece, não conhece a família, aí sim. Aí a gente lê todas as anotações do serviço social, da enfermagem, da nutrição. [...] Quando fico em dúvida com alguma informação que pertence a esses profissionais e eu não consegui falar no momento, ele não está disponível, aí eu recorro ao prontuário para ver a anotação, [como] foi a última avaliação dele, o que ele achou do paciente, qual foi a conduta que adotou (m3/ECP).

Sempre. Até porque às vezes eu não estava naquele dia e por eventualidade aconteceu de não ser passado, está registrado no prontuário (e3/ECP).

Às vezes não dá tempo de a gente olhar, mas quando dá tempo [...]. Inclusive os médicos também, eles fazem com que a gente participe, de olhar um RX, comentam o quadro clínico, o prognóstico do paciente (te2/ECP).

Quando o paciente é meu, que ele modifica fisicamente ou psicologicamente, daí eu leio o prontuário. [...] Eu leio [e] escrevo quando tem necessidade. Não é de todos. [...]. Nós temos a reunião do grupo e tem um livro de ata. E eles [médicos] nem perguntam. Agora, quando eu sou chamado por eles, daí eu ponho no prontuário. Porque eles não vão ler o que eu escrevi. Quando eles olharem que é do TO, eles vão pular. Quando eles pedem daí eu sei que vão ler (to/ECP).

A psicologia, por características próprias da profissão, pela relação confidencial e de sigilo das informações que estabelece com o usuário, sente dificuldades na utilização do prontuário.

Costumo escrever, mas eu não consigo seguir as regras que me passaram. [...] Eu não gosto, acho tão difícil [...]. Sinceramente, eu não sigo aquilo. Faço a anotação, explicando o que eu estou fazendo e o que eu vou fazer. E também, tentando não expor muito o paciente, porque eu não sei quem vai ler aquilo, pra que vai ser usado aquilo. [...] É complicado na nossa área, tem os alunos, eles podem até xerocar. Ele (*usuário*) também pode xerocar, mas eu não sei o que fazer. É um direito dele. Às vezes eu tenho vontade de escrever. O geriatra vai ver o que ele está fazendo, principalmente em relação ao grupo de memória. [...]. Eu só olho quando eles comentam alguma coisa e que estiveram no médico, ou quando eu sei que próximo a minha consulta ele vai ter uma consulta com o médico. Quando é a primeira vez do paciente eu olho todo o prontuário (ps/EG).

Na instituição universitária, o “prontuário do paciente” é manuseado por muitas pessoas, alunos/as de diversos cursos, professores/as e outros/as profissionais e o/a psicólogo/a tem medo do uso que poderá ser feito das anotações. O hospital utiliza o modelo de prontuário voltado para os problemas proposto por WEED (1983) e adequado pela instituição (WEED, 1983 apud LEOPARDI, 1991). Nesse modelo, o usuário tem um histórico inicial, que deve ser complementado pelos/as profissionais. A partir desse histórico e da listagem dos problemas encontrados é realizado um plano de cuidados ou prescrição. A partir daí as anotações dos atendimentos subsequentes são realizadas através de notas de evolução, ou SOAP, na qual constam: dados Subjetivos,

dados Objetivos, Análise e Plano. Esse modelo instituído na abertura do hospital, em 1980, tem se mostrado mais aderente à necessidade dos registros médicos e de enfermagem. Na prática, os/as demais profissionais da equipe de saúde pouco utilizam o prontuário e não seguem a lógica de anotação proposta.

Na análise de profissional médico/a, a exposição do usuário pelo registro de anotações é uma situação que afeta a todos/as os/as profissionais, porém, lembra que profissionais e estudantes têm um código ético a respeitar e nele está previsto o sigilo das informações.

Realmente, o prontuário pode cair na mão de estudantes, pode conhecer a família, e pode comentar lá fora. Mas isso é um risco que qualquer um enfrenta. [Os alunos] também têm um código de ética a respeitar. Ele não tem CRM, mas ele tem. Um código disciplinar é ético. Ele não vai poder sair por aí comentando o que viu (m5/ECP).

A análise da utilização do prontuário único como instrumento de trabalho para a articulação interdisciplinar mostra ainda muitas insuficiências. Percebe-se, tanto nas falas quanto na observação da dinâmica diária das equipes, que são privilegiadas as interlocuções verbais entre os/as profissionais. Na instituição oncológica, as anotações no prontuário costumam ser sucintas, sintetizam a programação dos tratamentos e cuidados realizados com os usuários, sem estabelecer relações mais efetivas entre as situações levantadas pelos/as diversos/as profissionais. Apenas a enfermagem e a medicina evoluem diariamente o/a doente. Farmacêutico/a e nutricionista acompanham diariamente as anotações e prescrições médicas e os/as demais profissionais não utilizam o prontuário regularmente. Sobre esse aspecto, pesa significativamente a percepção de que suas anotações não são valorizadas, especialmente pelos/as profissionais médicos/as.

Na instituição gerontológica, as consultas médicas, de enfermagem e de psicologia são registradas no prontuário, a cada consulta.

5.3.2 Os protocolos assistenciais

A elaboração e a utilização de protocolos assistenciais são objetivos das duas equipes estudadas, que entendem que esse instrumento é importante para orientar a conduta dos/as diversos/as profissionais.

A equipe gerontológica possui um protocolo destinado à abordagem inicial dos/as idosos/as e sua família. Esse protocolo, embora reconhecido como fundamental para a inclusão das diversas abordagens realizadas junto ao idoso, pela sua não praticidade, não é utilizado cotidianamente. Muitas vezes, esse protocolo fica arquivado em pastas na sala do grupo e não no prontuário.

O que nós temos, se aquilo se considera protocolo, é aquele documento que foi feito no Núcleo, que tem o atendimento ao idoso. [...] Pode ser preenchido por qualquer profissional do grupo. [...] Não precisa ser preenchido todo na primeira consulta e nem sempre é preenchido adequadamente. Eu sempre procuro, quando faço a primeira consulta, preencher, mas na verdade nem todos os profissionais utilizam. Foi construído pelo grupo (e4/EG).

Contata-se, porém, nessa equipe, a produção intensa de material educativo para utilização pelos/as profissionais na educação em saúde. Esses, segundo informações de integrantes do estudo, são realizados por alguns agentes da equipe, são discutidos e aprovados pelo conjunto dos/as profissionais e utilizados coletivamente. Dada a realidade do trabalho, seu caráter de atenção e de apoio a pessoas em tratamento ambulatorial, bem como referência a outros serviços de saúde, que buscam na equipe interdisciplinar a atualização de conhecimentos para a prática, esses materiais funcionam como protocolos de orientação e seu conteúdo possui características interdisciplinares.

Na equipe de cuidados paliativos, a elaboração e a utilização de protocolos assistenciais fazem parte das metas do Programa de Qualidade e, sua utilização deveria acontecer por esta via. Houve, na instituição, uma programação para elaboração desses protocolos, a equipe foi mobilizada para a discussão, finalizou diversos documentos, que foram enviados à assessoria de qualidade, porém, esse material não retornou para a equipe e não foi ainda institucionalizado. Muitos protocolos são utilizados pela equipe regularmente, sem a aprovação formal da instituição. Entre os/as profissionais, a não aprovação do material gera insatisfação e sentimentos de descaso com o trabalho realizado.

Muitos protocolos foram gestados com pouca participação do grupo multiprofissional, mais focados em algumas classes. Isso ocasionou alguns problemas no grupo. [...] A gente parou para discutir, para ver onde estava errando. [...]. Eles são conjuntos. Foram enviados à gerência técnica. A gente aguarda o retorno deles da gerência técnica (e2/ECP).

Confesso que alguns não são seguidos, mas temos. Por exigência da instituição, mas aí a gente teria que abrir um parêntesis. A instituição pede, mas [ela] própria engaveta os protocolos. Só aquela coisa pra dizer que entregou [...] coloca na gaveta e tal. Eu mesmo já fui atrás dos protocolos que nós fizemos e ninguém sabe onde está. [...] Foram feitos em conjunto, médicos, enfermagem, nutrição... E os protocolos que são próprios de cada setor: da enfermagem, do serviço social... Acredito que estes profissionais seguem mais rigorosamente os seus protocolos que os médicos (m3/ECP).

O que é frustrante é o seguinte. A gente senta, tem a parte de constipação que já está pronta, analgesia, vias de administração. [...] Foram feitos por toda a equipe, sentamos, fizemos, revisamos, encaminhamos e não teve retorno do documento (e1/ECP).

Cada setor tem suas diretrizes que a gente chama de POP [Procedimento Operacional Padrão]. Eu tenho da fisioterapia, mas eu tenho acesso aos outros (fs/ECP).

Outra situação destacada pelos/as entrevistados/as diz respeito ao modo como foram construídos alguns protocolos, sem a participação conjunta da equipe. Tal situação ocorreu principalmente em relação aos protocolos médicos, que foram construídos por estes/as profissionais isoladamente e não foram apresentados e debatidos com a equipe.

Esse é o maior calo. [...]. Tu fazes um estudo aqui e ele não [...] transcende, dentro do próprio hospital. [...] Não é difundido para a oncologia clínica. O conhecimento não foi disseminado e isso não foi institucionalizado [...]. Estes protocolos foram para a qualidade, [que] por sua vez encaminhou para a gerência técnica, que deveria aprovar ou rejeitar, depois encaminhar ao diretor para ser oficializado. Isso faz quase dois anos. É muito lento. [...] Enquanto isso, o pessoal da oncologia clínica não conhece [...]. E será que vai ser algum dia? Essas questões não dependem da gente e geram uma frustração muito grande (fr/ECP).

Os protocolos sempre são feitos em conjunto. Os protocolos de tratamento são discutidos, os que nós temos foram discutidos, apresentados, e são multidisciplinares. Fizemos também um protocolo sobre o uso de metadona. [...] Isso é mais fragmentado, mais com a residência médica (m1/ECP).

O protocolo de constipação do paliativo, quem fez foi os médicos. O protocolo da dor, a gente estudou, escreveu. A nutrição participou na parte de interação medicamento-alimento com a *farmacêutica*. Mas é o único que todo mundo participou, os outros ninguém participou. O médico fez. [...] Daí ficou muito feio isso. [...] Veio tudo pronto (nt/ECP).

Muitos protocolos são utilizados mesmo sem a aprovação oficial da instituição e os/as integrantes do estudo aprovam a utilização destes, pois consideram que os mesmos possibilitam um exercício de integração da equipe e orientam as condutas profissionais; 100% dos/profissionais, nas duas equipes estudadas, tinham conhecimento da existência e do conteúdo da maioria dos protocolos.

Para os/as enfermeiros/as, os protocolos facilitam o trabalho da enfermagem que

fica 24 horas com o/a doente, pois orienta a assistência. Técnicos/as de enfermagem destacam a sua participação na construção dos protocolos como fator de motivação e valorização profissional, reconhecimento de seu saber e da assistência que prestam ao usuário.

De constipação, de dispnéia, cuidados com a boca, cuidados com a pele. [...]. A gente tem autonomia para fazer essa prescrição. Por exemplo, os cuidados com a boca, o importante é o médico perguntar para a nossa funcionária. Que é uma técnica que ajudou a montar esse protocolo. Ela faz a visita aos pacientes durante o banho, avalia a cavidade e coloca: olha, dá prescrever isso, isso e isso e é feito. Ninguém nem titubeia em duvidar da qualidade do serviço dela. Porque está embasado em uma coisa que ela estudou. [...]. O médico ainda prescreve, porque a prescrição é médica. Eu acho que esse foi um passo muito importante dentro da *instituição*. [...] De alguma forma quem fica com o paciente somos nós: 24 horas, de sábado a sábado, 300 e sessenta e poucos dias no ano. Eles passam visita, mas tem coisas que não observam. E a gente observa quando vai fazer o nosso histórico, tem informações que o paciente nunca deu para o médico, mas que tem uma importância tão grande [...]. Cuidado paliativo, não dá para trabalhar sozinho (e3/CP).

A gente ajuda a fazer coleta de dados e tudo. [...] Eles pedem a opinião da gente, escutam e isso serve para aqueles protocolos. Tem o da hidratação subcutânea, do tratamento de boca. Todos estes nós participamos (te1/ECP).

A utilização de protocolos assistenciais pelos serviços de saúde tem sido uma proposta do SUS, com o objetivo de orientar as ações assistenciais, evitar a discrepância de condutas e racionalizar os recursos existentes, dentre outros. A produção de protocolos assistenciais conjuntos, com participação de todas as categorias profissionais envolvidas, está colocado como um passo a frente, um elemento para a efetivação do planejamento e avaliação coletiva do processo de trabalho. Faz parte de um processo que precisa ser aprendido pelo conjunto dos profissionais, considerando que esta não é uma prática sedimentada, nem mesmo adotada na maioria das instituições de saúde. A prática usual tem mostrado, sim, a resistência de adoção de tais instrumentos pelos/as profissionais, especialmente os/as médicos/as, que resistem a qualquer forma de controle e padronização de seu trabalho (CARAPINHEIRO, 1998). Já para os/as demais profissionais, a utilização desse instrumento pode constituir-se como um espaço de visibilidade para seu trabalho, ou seja, a socialização do saber e a partilha do poder.

A elaboração e a utilização de protocolos nas equipes estudadas representam um avanço no processo de trabalho em saúde. Sua não adoção em outros serviços da mesma instituição, como é o caso da instituição oncológica, nos faz crer que a

aderência desse instrumento à prática tem relação estreita com a existência ou não de articulação interdisciplinar entre os/as profissionais, ou seja, ele é resultado da conjugação de saberes e fazeres resultantes dessa prática. Por ser um instrumento negociado entre trabalhadores/as que mantêm uma prática integradora e articulada, não consegue abranger outras áreas da instituição, onde a prática segue pela lógica fragmentada.

5.4 ATIVIDADES POTENCIALIZADORAS DA INTERDISCIPLINARIDADE E DE NOVAS FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

5.4.1 As reuniões de equipe e as visitas multiprofissionais aos usuários internados

Nas duas equipes estudadas, um espaço se destaca na dinâmica do trabalho interdisciplinar: as reuniões semanais.

No Serviço de Cuidados Paliativos esse momento integra, também, uma visita, anterior à reunião, a todos/as os/as doentes internados/as no hospital de apoio. Participam dessas atividades todos/as os/as profissionais que atuam na equipe, incluindo os/as profissionais da atenção ambulatorial e internação domiciliar.

No núcleo de gerontologia, a reunião é realizada ao final de um turno de atendimento ambulatorial, sendo que esse dia é caracterizado pela atuação conjunta de todos/as os/as profissionais que integram a equipe, os/as quais estão escalados/as para o atendimento ambulatorial.

Nos dois grupos, a reunião de equipe aborda assuntos como: estudo de caso clínico, atualização profissional, questões administrativas, discussões de projetos e outros.

Na equipe de cuidados paliativos, esse momento caracteriza-se também como espaço para planejamento das atividades assistenciais, planejamentos e avaliação de condutas para doentes em internação domiciliar, definição de ocupação de leitos hospitalares e outros. Pela observação sistemática e análise dos livros-ata do grupo, percebe-se a predominância de discussões envolvendo a assistência.

A condução da reunião é realizada por um dos/as médicos/as presentes, com a participação efetiva de um/a dos/as residentes, que faz os relatos de cada doente tanto

na visita às enfermarias quanto na reunião. As discussões, decisões, condutas, tratamentos, agendamento de reuniões de família e outros são registrados em livro-ata, que permanece no posto de enfermagem à disposição de todos/as os/as trabalhadores/as, que no decorrer da semana orientam-se por estes registros para a tomada de decisão.

A reunião é percebida como momento livre para planos, quando todo/a profissional pode se colocar:

Ali é bom porque eu posso, todo mundo pode colocar qualquer coisa, é livre para proposta, todo mundo pode propor o que quiser, nunca vai ser atirado pedra, no máximo é enforcado (m2/ECP).

Na equipe gerontológica, o objeto de análise nas reuniões mostra-se diferenciado, dependendo da maior ou menor integração de profissionais no grupo, das questões colocadas a cada momento. Nesse grupo, os debates científicos ganham destaque nas reuniões. Da análise documental, conclui-se que a participação nas reuniões da equipe sofre flutuações ao longo dos anos, com momentos de intensa participação de algumas categorias, seja através de profissionais da instituição, voluntários/as, acadêmicos/as, estudantes de pós-graduação. Permanece, durante todo o período, um núcleo básico, formado por coordenador/a médico/a, enfermeiro/a, assistente social, nutrição (que participou do grupo até o ano de 2004) e professores/as do Departamento de Enfermagem.

A riqueza de debate e discussões oscila também, dependendo dos/as profissionais, voluntários/as e estudantes presentes. Percebe-se, nos períodos de mais intensa participação, o predomínio de debates científicos acerca de problemas dos/as idosos/as e, ainda, um destaque importante para o número de estudos de caso.

A análise dos efeitos da incorporação das reuniões nas equipes interdisciplinares é discutida no contexto do estudo, quando da análise de aspectos referentes à gestão e organização do trabalho nas equipes.

5.4.2 Os estudos de caso

A discussão de casos, conforme se constatou na investigação, representou-se em

um importante instrumento para a articulação interdisciplinar, possibilitando a compreensão da situação mais global dos usuários e as trocas disciplinares. É através dessa prática que os/as profissionais constroem a intervenção coletiva, tomam medidas, modificam condutas, conhecem os aspectos sociais e familiares da vida do usuário, dentre outros.

Na equipe gerontológica, o estudo de caso já foi uma prática dos/as profissionais, porém, atualmente acontece apenas de modo informal. Na percepção dos/as entrevistados/as, a discussão de casos enriquece o processo grupal, auxilia no processo de formação e estimula os/as profissionais voluntários/as a participar das reuniões de equipe.

Atualmente não. Na realidade, não sei te dizer há quanto tempo. Isso eu acho muito rico. De você estar ali e poder estar levando casos, discutir. É rico! Nossa! Muito! Eu experimentei muito pouco isso. Normalmente às 5ª feiras estavam sendo reuniões administrativas. O *Coordenador* tinha feito um esquema pra gente discutir temas. [...] Cada um falava de sua área. Fazia estudo de caso alguns dias e na segunda parte a parte burocrática. Funcionou um período (ps/EG).

Alimentam [os voluntários]. Eles vêm pra aprender [...]. Bibliografia, trazer experiências, fazer eles também prepararem casos, isso também é bom. Até para fazer sentido para eles. Poder crescer (m5/EG).

No livro-ata de reuniões dessa equipe, contata-se a existência de estudos de caso. Na observação sistemática, em poucas situações foi constatada essa prática, o que está de acordo com as falas dos/as integrantes do estudo na entrevista. A não realização de estudos de caso tem reflexos para a motivação dos/as profissionais voluntários/as, pois sua participação no grupo é também incentivada pela possibilidade de aprendizagem. A não realização dos estudos de caso, nessa situação, determina, na maioria das vezes, o não planejamento conjunto das ações e limita a articulação interdisciplinar.

O estudo de caso na equipe de cuidados paliativos é uma prática consolidada, que acontece habitualmente às terças feiras, durante reunião semanal da equipe. Nesse momento, são discutidos casos de usuários internados no hospital dia e na internação hospitalar. Em algumas situações, são discutidos casos de usuários que aguardam vagas em outras instituições e casos ambulatoriais que necessitam de internação hospitalar. O estudo de caso e o planejamento da assistência são interligados na atividade da equipe.

Para alguns/as profissionais, a discussão de casos e o registro das decisões tomadas acerca do cuidado a ser realizado ao doente garantem a realização do que foi decidido, dando segurança à equipe, permitindo que todos/as conheçam as decisões tomadas.

Tem que ter. E o que eu acho mais importante na discussão dos casos são as decisões que são tomadas e o nosso registro em ata. [...] Conduas. [...] Se tem algumas modificações, foi decidido por causa disso, disso e disso. Isso nos dá um embasamento muito bom. Pro médico e tudo. Claro que existem as exceções é claro. Tem paciente que a gente toma uma decisão, uma resolução e no outro dia ele mudou completamente. Tem que mudar tudo aquilo. Não é estanque. Até porque não fica tudo registrado no prontuário (e3/ECP).

A equipe de cuidados paliativos, porém, tem essa prática sedimentada, conforme presenciado na observação. A discussão de casos, associada ao planejamento da assistência nessa situação, fortalece as decisões grupais, favorece uma visão mais ampliada do usuário e das várias dimensões de sua vida, de sua saúde/doença e a aprendizagem coletiva. Interfere positivamente, também, no exercício do planejamento e da avaliação conjunta do trabalho realizado pela equipe, em um exercício mais democrático na tomada de decisão.

Embora a discussão de caso, conforme observado na prática, envolva mais os aspectos relacionados a tratamentos, exames diagnósticos e outros, a participação dos/as diversos/as profissionais promove a abordagem de outros aspectos e facilita a construção conjunta de uma outra visão sobre o usuário. Promove, também, a educação permanente dos/as envolvidos/as. Nesse sentido, faz parte do movimento possível para a articulação dos saberes e fazeres em saúde; propiciando a formulação de propostas de atenção que se aproximam mais de uma visão integral dos sujeitos que utilizam os serviços de saúde.

5.4.3 A educação permanente

A educação permanente, nas equipes interdisciplinares, acontece de muitos modos e em diferentes espaços e situações. No dia-a-dia, a educação permanente é desenvolvida nas discussões informais, que acontecem frequentemente nos encontros entre profissionais, no posto de enfermagem, nas salas de reuniões, nos consultórios. As reuniões das equipes também são utilizadas, em algumas situações, para o

desenvolvimento de atividades sistematizadas de educação permanente.

Na instituição oncológica, o gerenciamento pelas metas de qualidade estabelece um número mínimo de atividades dessa natureza a ser realizado pelos serviços.

De acordo com o livro de ata das reuniões de educação permanente, de março de 2005 a julho de 2006 foram realizadas, no hospital de apoio, 21 atividades com participação da equipe interdisciplinar e de pessoal do Serviço de Onco-Hematologia.

Dentre os temas abordados encontra-se: discussão de protocolos assistenciais, tratamentos de doenças oncológicas, eutanásia, síndrome de *burnout*, a convivência com a perda do/a doente; doenças oncológicas, sedação, abordagens em cuidados paliativos e outros.

Sobre os momentos de educação permanente, que acontecem na instituição, como resultado da iniciativa dos grupos profissionais, os/as integrantes da equipe de cuidados paliativos avaliam que estes têm sido insuficientes. Além das dificuldades de encontrar tempo para realização das atividades, em função da sobrecarga de trabalho, são apontadas também outras razões, como o desinteresse de alguns segmentos da equipe, como médicos/as e enfermagem.

Faz parte da educação continuada, mas sempre tem uma resistência do restante da equipe. Por exemplo, médicos nunca participam na palestra de outro profissional. A gente sabe que existe uma dificuldade de tempo, mas pra nós também existe (fs/ECP).

Na equipe de cuidados paliativos, são realizadas, semanalmente, reuniões de estudo de caso no complexo ambulatorial, conduzidas pelo serviço de residência médica.

Essas reuniões não são freqüentadas sistematicamente pelos/as profissionais não médicos/as, pois identificam essa rotina como atividade da residência médica, cujos temas nem sempre são acessíveis aos demais profissionais.

É muito técnica. Já participei, mas é muito médica [...] eu já participei de ficar boiando. De você dizer: o que eu estou fazendo aqui? Não é discussão de equipe, é uma discussão de casos para os médicos, para eles decidirem qual é o tratamento (as1/ECP).

Até já fui. É o hábito mesmo sabe. Já fui algumas, quando alguém desperta, diz 'Ah tem aquilo, aquilo'. Daí a gente se programa pra ir. Mas é assim também, a gente vai para ouvir. [...] Eles [médicos] se falam lá, umas coisas a gente entende, outras não entende, muita coisa dá para aproveitar. Mas eles falam pra médicos. [...] Tem alguma coisa que interessa (nt/ECP).

Este ano eu fui a uns dois só. Mas eu participava de todos eles. Inclusive nós somos chamadas para as aulas da residência. Eu faço toda a parte referente a cuidados paliativos e enfermagem. [Eu] falo sobre as vias de administração, os cuidados específicos com pele, os cuidados com subcutâneo (e1/ECP).

A exposição que integrantes da categoria médica fazem desses encontros e de seus objetivos justifica a percepção dos/as demais profissionais.

Os assuntos discutidos lá são assuntos médicos mesmo. Não se discute família, não se discute nada, a discussão ali é realmente diagnóstico e conduta. Participa a oncologia clínica, a cirurgia oncológica, a radioterapia, a radiologia e os cuidados paliativos também. [...] E têm também outras reuniões que são voltadas para a residência [...], as aulas sobre as drogas, os quimioterápicos. E tem as aulas sobre citocelular, biologia do câncer [...] leituras e revisões de artigos médicos (m3/ECP).

Essas atividades da residência são nossas responsabilidades. Nós participamos ativamente. Então todas as reuniões de estudo de caso, de leitura de artigos são nossas responsabilidades (m4/ECP).

A educação permanente em saúde tem sido amplamente discutida no âmbito das políticas públicas de saúde e, nos últimos anos, ganhou espaço pela implantação dos pólos de educação permanente. De modo geral, a política de educação permanente prevê mudanças no modo de formar e desenvolver os/as profissionais para a atenção à saúde, por entender que, para mudar a forma de cuidar, é preciso mudar a forma de aprender e de ensinar e que, através da educação permanente, está colocada a possibilidade de desenvolvimento pessoal daqueles/as que atuam nos serviços de saúde e também das instituições (BRASIL, 2005).

A educação permanente, conforme está colocada hoje pelas políticas governamentais, tem por princípio o trabalho multiprofissional e a perspectiva transdisciplinar em saúde, sendo a aprendizagem-trabalho um de seus focos. Nesse sentido, reside a importância das instituições propiciarem espaços e situações que favoreçam a educação permanente no cotidiano de trabalho. Essas situações e espaços, e no meu entender, contemplam tanto atividades interdisciplinares como atividades voltadas para a capacitação de categorias específicas, pois que a apreensão das situações globais não dispensa a necessidade de capacitação para atividades e conteúdos específicos, próprios de cada profissão.

As atividades realizadas na instituição oncológica, voltadas para o serviço de residência, nesse sentido, fazem parte das necessidades específicas de formação desse

grupo profissional e, por vezes, incluem a participação de outros grupos profissionais. Não necessitam ser entendidas como alguma coisa que fere os princípios da equipe ao fugir do foco da interdisciplinaridade, mas sim como espaço de formação próprio desse grupo profissional.

Considerando as atividades realizadas e a pequena participação dos/as profissionais da equipe, percebe-se, em alguns/as integrantes do grupo, a preocupação com a falta de atividades mais amplas de educação permanente. Preocupa-os também, o desinteresse dos/as profissionais em participar dessas atividades e a situação dos/as trabalhadores novos/as que chegam para integrar a equipe, os/as quais não são bem preparados/as para a atuação em cuidados paliativos. Destacam, sobre esse aspecto, o papel da liderança, de reforçar a importância da educação permanente para o desenvolvimento da equipe.

Isso pra mim é uma situação que me angustia dentro da unidade hospitalar. [...] Já tentei fazer grupos de estudo com o pessoal do hospital. [...]. Mas daí a gente esbarra na prioridade que as pessoas dão para suas vidas. [...]. Em cuidados paliativos a questão do treinamento em serviço, da capacitação é uma coisa cobrada, é exigida o tempo todo, até pela característica da nossa coordenadora. Então isso eu nunca deixei de fazer. [...] Está vindo muita gente nova. Muita gente que não conhece a nossa filosofia de trabalho, [...]. A gente está perdendo isso. É culpa de quem está chegando? Não. É nossa, de quem está aqui dentro, que está tão envolvido e absorto que a gente não tem tempo de parar e estar voltando aos nossos programas (e1/ECP).

Na equipe gerontológica, a educação permanente acontece no grupo com bastante frequência. Na análise das atas de reuniões do grupo, são praticamente semanais os registros de discussão de algum tema específico. Dentre esses, a indicação e discussão de filmes que tratam da condição do/a idoso/a na sociedade e na família, interdisciplinaridade, doenças frequentes nos/as idosos/as, nutrição, temas sociais, demência e outros.

Parou um pouco, porque estamos com dificuldade de pessoal. O número está reduzido e o contingente [de doentes para atender] é grande mesmo. Mas nós sempre fazemos apresentação de casos ou, por exemplo, cada um fala alguma coisa de sua área. Eu falei de cuidados com feridas, coisa que alguém tem interesse, depois sobre o pé (e4/EG).

Outro modo de propiciar a educação permanente diz respeito à participação em eventos profissionais e multiprofissionais, dos quais os/as profissionais participam de acordo com seus interesses. Também se destaca a participação dos/as profissionais em

cursos de especialização, mestrado e outros.

Na equipe gerontológica, a participação e realização de eventos que incluem a temática dos idosos é bastante comum. Esses eventos, de caráter interdisciplinar, são habitualmente de alcance regional ou estadual e visam também à divulgação do conhecimento para outros/as profissionais.

A instituição universitária possui uma política de distribuição de recursos que prioriza o auxílio àqueles/as profissionais que participam dos eventos com apresentação de trabalhos. Embora os recursos sejam restritos, cada profissional tem possibilidade de participar de um evento anual com auxílio da instituição. Os/as profissionais voluntários/as não são contemplados/as com esses recursos, uma vez que não têm uma ligação com a instituição que permita o repasse legal desses. Muitas vezes, esse fato gera insatisfação entre os/as mesmos/as, ainda que entendam as razões.

As nossas idas aos congressos quando ganha ajuda é porque vai apresentar um trabalho, porque senão não tem (m5/EG).

Na minha área tem um curso de neuropsicologia, desta área da memória, da demência. [...] É um sonho meu, desde a época que a *enfermeira* foi fazer a especialização em geronto, aí eu comentei: 'ai se pudesse ter uma ajuda de custo, uma bolsa'. Se eu pensar nisso eu fico... Parece que não valorizam o trabalho da gente. A gente está ali se doando, não facilitam para participar. Por outro lado eu entendo, não tenho vínculo nenhum com a organização, vão me facilitar para eu fazer uma especialização, daqui a pouco vou embora, eles investiram. Eu vejo os dois lados e eu me conformo (ps/EG).

Nessa equipe, a participação em eventos interdisciplinares é destacada como positiva para profissionais, que entendem que, nesses eventos, a diversidade de olhares contribui para a prática profissional.

Não seria igual se fosse só da enfermagem. Com certeza. No último de cardiologia, eu observei que havia uma enfermeira falando, um médico, uma fisioterapeuta. Já tem um pouquinho de ensaio neste aspecto. [É] mais rico. Eles reclamam quando vão um evento e é só geriatria, só a doença, da parte médica. E nós, o contrário, quando é só gerontologia (e4/EG).

Quando eu vou a congresso, mesmo de geriatria, eu vou muitas palestras da gerontologia. A gerontologia está muito mais preocupada com a interdisciplinaridade que a geriatria, a geriatria é muito médica. [...] Eu vou para entender um pouco mais o que é interdisciplinaridade (m5/ECP).

Na instituição oncológica, muitos/as profissionais consideram a participação em eventos externos, congressos, seminários e cursos, importantes para a capacitação da

equipe. Porém, a inexistência de auxílio financeiro institucional e os baixos salários que recebem limitam a participação.

Já teve momentos de ter facilidade para participar destes eventos, não tem mais. Não tem patrocínio. Agora teve [o congresso] da oncologia clínica. [...] Não foi mandado ninguém aqui dentro. Eu fui por minha conta. Então essa desvalorização, porque é claro, além de querer, a gente tem que ter essas facilidades. A possibilidade de acesso (m1/ECP).

Na instituição oncológica não há uma política para liberação de eventos e na atualidade não têm sido oferecidos recursos financeiros para possibilitar a saída dos/as profissionais. Os/as integrantes do estudo criticam a ausência de políticas institucionais de valorização do/a profissional e de capacitação permanente.

Todos nós gostaríamos de participar muito mais. Hoje em dia está cada vez mais caro. Já participei bem mais. [...] O custo tem ficado muito elevado. [...] Qualquer congressozinho custa 300 reais, só a inscrição. Se for ver passagem, hospedagem, alimentação [...]. E mesmo para médicos não é fácil desembolsar mil reais. E às vezes você se frustra em alguns eventos. O retorno não é aquilo que você esperava. Você sai daqui, viaja vai lá pra outro lado do país pra ver que lá estão colocando como fantástica, extremamente nova, uma coisa que você aqui já faz há quase uma década [...]. Você acaba ficando mais criterioso em participar de um evento qualquer (m3/ECP).

Em certos casos, a não participação em eventos científicos é motivada por questões internas, por prioridades que as pessoas estabelecem para sua vida. Nesse sentido, um/a profissional admite sua desmotivação com a educação permanente, determinada também pela sobrecarga de trabalho, pelo desgaste dos anos de profissão.

Não participo. Já participei algumas vezes de congresso [...]. Primeiro em função de que a instituição não nos banca, não nos estimula a ir. Nós não temos essa ajuda. E também eu me acomodei muito através dos anos. [...] Eu acho que não tenho mais o que aprender sobre a especialidade [cuidado paliativo]. O que eu tenho que aprender agora [...] é trabalhar com a família. E isso a gente vai aprendendo no dia a dia [...] estou muito acomodada. [...] Eu só quero sair daqui e ir para casa. E quando eu chego em casa não quero mais saber de nada. Eu boto o pé pra fora daqui e eu esqueço que existe este hospital. [...] É uma unidade muito pesada. [...] Se eu for pra casa e pensar nos pacientes que estão graves aqui, que [em] todos os [casos] o prognóstico é bem grave e reservado, e que o resultado é sempre um óbito, eu vou ficar louca. [...] E eu fico pensando: será que eu quero estudar mais alguma coisa? Se eu for estudar eu não vou parar de pensar em hospital. Posso estar errada, eu não sei. Cada um tem os seus objetivos. [Eu] vou prestar a minha prova da especialização [...]. Se eu passar está ótimo. Eu sou feliz assim. Não quero competir com ninguém. Eu não sou melhor que ninguém e nem sou pior que ninguém. Todos nós temos um patamar de conhecimentos que dá para dividir. Logo que eu me formei eu queria fazer tanta coisa. [...] Me decepcionei com tanta coisa. Agora eu acho que tenho que fazer bem feito aquilo que eu sei [...]. Pode ser acomodação da vida? Pode ser. [...] Não é que eu não estude. Eu estou sempre lendo. Mas não é a academia. Eu estou sempre indo na internet, vejo textos, leio (e3/ECP).

A participação em eventos é considerada importante para a capacitação profissional, uma vez que há sempre o que aprender. Nesse sentido, alguns/as integrantes da equipe interdisciplinar salientam que o/a profissional tem responsabilidade com sua própria formação.

Tem que estar buscando conhecimento, tem que ter argumento e, para ter argumento, tem que estar buscando conhecimento técnico. Eu invisto em eventos e livros. [...]. Cada um prioriza sua vida. [...] Não pode ficar dependendo. [...] A gente já viveu um momento em que a instituição ajudava. Era muito bom, saía com tudo pago. [...]. Mas não é pra esse momento que eu estou vivendo aqui. Ainda que eu saia da Instituição, eu vou continuar sendo a enfermeira X, com toda essa bagagem. [...] Eu estou carregando a minha caçamba. O meu caminhão eu toco. [...] São essas pequenas coisas que fazem a diferença enquanto profissional (e1/ECP).

Sobre a possibilidade de realização de cursos de longa duração, como possibilidades de educação permanente, os/as profissionais nas duas instituições investem em especializações, mestrado e outros, porém de forma diferenciada.

Na instituição universitária, a participação, nesses cursos, é naturalizada entre os/as integrantes do estudo, que buscam a formação de acordo com seus interesses e necessidades. Os/as profissionais, nessa instituição, são estimulados à educação formal, seja pela convivência com situações de ensino-aprendizagem no dia-a-dia, já que o espaço é utilizado por alunos/as de curso de graduação e pós-graduação, seja pela própria identidade da instituição com o ensino e produção do conhecimento, bem como pela possibilidade de ascender na carreira, na própria instituição.

Na instituição oncológica, alguns/as dos/as integrantes do estudo têm a percepção que os cursos de mestrado e doutorado estão voltados para a carreira universitária. Nessa lógica, destacam que os/as profissionais de serviço que buscam cursos dessa natureza acabam sendo absorvidos/as pelas escolas, afastando-se da assistência. Outro fator desestimulante é a inexistência de plano de carreira que valorize o/a trabalhador/a que busca formação.

Eu tenho pensado um pouco em fazer mestrado, mas [...] eu não sei como fazer pra voltar para a Universidade sem sair da assistência. Trazer o conhecimento que a gente produz no mestrado, no doutorado. Estar trazendo para continuar. O que eu vejo é assim. O profissional, quando ele vai para um mestrado, ele é capturado pelas Universidades. Ele sai da assistência, ele sai da cabeceira. A gente sabe. É uma cultura errada, mas não é só. [...] Precisa ter valorização. É a valorização que faz com que tu procures o mestrado, o doutorado, mas quem faz pensa em uma carreira também (e1/ECP).

Eu não sou ligada à universidade. Eu fiz [...] especialização no exterior, eu tinha a oportunidade de fazer mestrado ou doutorado, só que eu nunca gostei de carreira universitária. Eu achei que isso ia me engessar muito. E eu não tenho paciência com aluno. Não sei se não tenho ou se acho que não tenho, mas é uma coisa assim. Eu adoro trabalhar com vocês, com os residentes, eu acho que a gente precisa de um amadurecimento para essa coisa que a gente faz, para essa abordagem do paciente. E quando os alunos vêm, eu me sinto deslocada, eu me sinto mal. Eu não consigo. Eu não tenho, mas foi por opção. [...] Quem ajudou a me decidir foi o meu chefe. Ele disse: ‘olha, tu queres ser professora? Tens perfil pra isso? Queres te dedicar à Universidade?’ Porque também a gente faz tudo pela metade, não consegue fazer o todo. Isso não é o meu perfil, eu não tenho paciência, eu sou muito de organizar tudo, mas aquilo de ir junto, de ensinar o be-a-ba... (m1/ECP).

As várias posições apresentadas sobre a formação em cursos de pós-graduação e a participação em eventos como forma de propiciar a educação permanente, como também o crescimento pessoal e profissional está, de certo modo, condizentes com o estímulo e incentivos oferecidos por cada uma das instituições em particular, e com a sua participação no processo produtivo.

A instituição universitária, por ter em suas finalidades a formação de recursos humanos para o setor saúde, por fazer parte de uma estrutura universitária, oferece maiores incentivos à formação de seu quadro de pessoal assistencial, considerando que todo/a trabalhador da instituição é também “professor/a” em sua prática.

A instituição oncológica, embora ocupe, no âmbito estadual, um espaço de formação de pessoal nessa especialidade, mantém-se mais distanciada das instituições formadoras e isso tem reflexos na identidade dos/as profissionais.

Nesse sentido, é procedente também que os/as trabalhadores da instituição universitária tenham obtido maiores conquistas na perspectiva de participação em eventos e cursos, como é a situação de auxílio financeiro.

5.4.4 As conferências de família, as reuniões com acompanhantes, a sala de espera, os grupos de apoio a familiares cuidadores/as de Alzheimer e Parkinson

Ao longo de sua trajetória, as equipes interdisciplinares foram incluindo, em sua atuação, atividades que potencializam a educação em saúde e a aproximação com os usuários dos serviços.

Na prática diária, esses espaços contribuem para a realização do trabalho, favorecem uma visão mais ampliada do usuário e de suas necessidades, contribuem

para pensar o projeto assistencial, bem como para propiciar a participação do usuário e de sua família na definição da assistência que recebem e a construção de autonomia.

Na instituição oncológica, uma das práticas viabilizadas é a **reunião de família**, a qual foi instituída pela equipe de cuidados paliativos com o objetivo de reunir os/as profissionais e os/as familiares e cuidadores/as do/a doente para a discussão de propostas de tratamentos, ajustes de condutas profissionais, esclarecimentos sobre a evolução da doença, apoio aos familiares e esclarecimentos.

As reuniões são agendadas previamente e acontecem na própria enfermaria. São realizadas com base nas necessidades identificadas pelos/as profissionais no dia-a-dia e planejadas nas reuniões semanais da equipe.

Participam da reunião, principalmente, médicos/as, residentes de medicina, enfermeiros/as e assistente social. Os/as demais profissionais participam quando de seu interesse ou quando a abordagem envolve sua área específica.

A prática das reuniões da família é apontada por profissionais como extremamente importante, pois é, nesse momento, que são repassadas as informações para a família, sendo aberto espaço para estes/as expressarem suas dúvidas e anseios quanto à situação do/a doente, ao tratamento proposto e outros. Com as reuniões, é possível o/a profissional conhecer um pouco mais cada situação familiar, o que contribui para direcionar as ações no contexto de vida do usuário.

As reuniões de família são consideradas uma inovação no atendimento ao doente oncológico e constam também das metas de qualidade, sendo que os/as profissionais se propõem a realizar duas reuniões mensais com famílias. As reuniões são registradas em livro de ata, que fica disponível na unidade a todos/as os/as trabalhadores/as.

Nos registros de reuniões, observa-se uma participação significativa de familiares de parentesco diversificado: pais, filhos/as, irmãos/as, cunhados/as, tios/as, sobrinhos/as, noras, genros e outros. Os registros das reuniões são sintéticos, em sua grande maioria, não permitindo a real compreensão do debate ocorrido entre profissionais e familiares. As atas são assinadas por profissionais e familiares.

Na observação dessas reuniões de família, identifica-se que a dinâmica da mesma vai além do que é registrado em livro-ata. A abordagem contempla a exposição

da situação do/a doente, o tratamento efetuado até o momento, o prognóstico, as propostas da equipe para o seguimento do tratamento. Abarcam também as necessidades de esclarecimentos que a família apresenta, seus desejos e necessidades, tanto do ponto de vista de apoio da equipe na instituição até as condições para alta, óbito e outros procedimentos.

Na reunião que acompanhei durante o período de observação, foi possível constatar que existe entre os/as profissionais a preocupação de utilizar uma linguagem adequada à realidade da família, de realizar a exposição da situação real do/a doente, porém em um clima de acolhimento e solidariedade com a situação vivida por estes/as e com o olhar atento para os entendimentos e questionamentos. Há espaço para perguntas, comentários, exposição de sentimentos, negociações familiares e negociações com os/as profissionais. Toda a relação estabelecida com a família está assentada no direito do/a doente de conhecer e decidir sobre a sua vida. Nesse sentido, embora o/a doente não participe da reunião, o/a mesmo/a está ciente da sua realização.

As manifestações familiares, de omitir do/a doente, fatos que determinam condutas profissionais, são trabalhadas e os/as profissionais debatem o assunto com a família, de modo que esta compreenda que o/a doente já conhece as possibilidades aventadas pela equipe. Familiares são estimulados a conversar claramente com o/a doente, a evitar a negação da realidade e a manter a proximidade com o/a mesmo/a em todos os momentos. Na ocorrência de divergências, os familiares são esclarecidos, de que a posição final considerada será a do/a doente e que os procedimentos serão realizados se este/a os desejar.

Na fala a seguir, sobre a necessidade de considerar a possibilidade de ato cirúrgico, para tentar minimizar os efeitos de uma obstrução intestinal grave e, com isso, melhorar a condição e a qualidade de vida da doente, observa-se a conduta do/a profissional médico/a. Neste caso específico, a família desejava o ato cirúrgico, porém, a doente não estava totalmente certa da decisão. A família acreditava que, se a doente tomasse conhecimento de que o objetivo da cirurgia era apenas paliativo e que o resultado poderia funcionar por pouco tempo, não aceitaria a realização do procedimento. Nesse sentido, a mãe da doente defendia a idéia de não revelar para a mesma esse dado. Solidária, mas firmemente o/a profissional esclareceu:

Não será feita, ela está no comando de suas ações. Está lúcida. Nestes casos, a paciente decide. Eu já falei pra ela. Ela vai ficar sabendo passo a passo (NOTA DE CAMPO, 2006).

Percebe-se que, no contexto da reunião, as angústias familiares são ouvidas, as dificuldades são trabalhadas, há espaço para elaboração da situação. Aspectos presentes na discussão com familiares englobam também problemas sociais, preparação para alta, suporte familiar no domicílio, apoios oferecidos pela instituição, conduta de sedação, alterações significativas no quadro do/a doente e outros.

Destacam-se também os conflitos e as dificuldades familiares, tanto no que diz respeito ao tratamento e condição do/a doente, como na construção de condições adequadas para seu acompanhamento no ambiente hospitalar e no domicílio. Profissionais abrem espaço para os embates familiares, colocam-se como facilitadores/as do processo, modificam, quando possível, condutas planejadas, especialmente na alta, para favorecer o/a doente e a família, proporcionando tempo e espaço para adequação das necessidades.

Embora os/as profissionais trabalhem com dados da realidade, evitam a omissão de fatos e a negação da situação, as condutas são negociadas, os fatos são apresentados, considerando o momento e a capacidade da família compreender e aceitar a situação, em um processo gradativo. Os/as profissionais não descartam as possibilidades de tratamento levantadas pelos/as familiares, mas, no contexto da reunião, vão esclarecendo os resultados que podem ou não obter com cada intervenção.

Mãe: e ela pode fazer uma quimioterapia? Profissional médico/a esclarece: Podemos ver isso depois, mas o problema da quimioterapia é que o tumor é resistente. Não vai beneficiar paciente, muitas vezes só prejudica, pela toxicidade do medicamento. A mãe fala que toda a esperança dela está na quimioterapia. 'Vamos avaliar isso, conversar com ela. Se ela quiser poderá fazer, mas a QT ali não vai mais trazer benefícios', responde o médico. Cunhado questiona sobre a realização de radioterapia. 'Mesma coisa', responde o/a profissional. 'A dose de radioterapia é feita toda de uma vez só, depois não faz de novo. Em outra parte do corpo sim, mas ali no local não. E ela já fez, mas não resolveu'. Cunhado volta a perguntar se a doença dela está localizada. Sim, responde o/a médico/a. 'O câncer de útero, alguns fazem metástase, outros só crescem ali no local. O dela cresceu ali. Mas ali ele já causou bastante estrago. Intestino, bexiga, coluna, nervos, vasos que vão para a perna, muitos órgãos. Causou uma fístula, que é um canal que não existia ali. O dela é na bexiga, por isso ela não consegue mais controlar a urina. E ela me perguntou se vai ficar assim. Eu expliquei para ela o que está acontecendo. Não falei muito, depois a gente vê'. [...] (NOTA DE CAMPO, 2006).

Embora a reunião de família se constitua em um momento difícil, de enfrentamento da situação, os/as profissionais e familiares a entendem como positiva

para a relação profissional/usuário/familiar. Há uma participação efetiva de todos/as os/as profissionais presentes, independente da categoria profissional e, a reunião é conduzida pelo/a profissional médico/a.

Para os/as profissionais, a reunião de família é uma experiência nova, que contribui para uma assistência diferenciada, ajuda a diminuir atritos, a esclarecer a posição da equipe, fortalecendo a autonomia do usuário e sua soberania sobre o tratamento.

Eu nunca tinha tido experiência de ter reunião de família pra explicar para os familiares o que está acontecendo e quais são os nossos planos. E reunião de família não é só com médicos, é com assistente social, com enfermeiro, às vezes com fisioterapeuta, com nutrição. Com psicólogo, seria o ideal, mas a gente não tem psicóloga aqui. E faz muita diferença. [...] Tem muito menos atrito com a família aqui do que num hospital geral. Às vezes o médico sozinho não tem condições de passar a visão global do que está acontecendo. Ele é o principal fornecedor de informações técnicas e médicas, mas tem toda a estrutura familiar, psicológica da família, que precisa ser valorizada e que o médico sozinho não consegue. Depende muito da equipe. A família entender o que esta sendo feito e porque está sendo feito ou não está sendo feito. E concordando também. Caso a família não concorde, mais reuniões têm que ser feitas, não para convencer essa família dessa decisão, porque, afinal de contas, o paciente é soberano. Mas, pelo menos, para a gente tentar deixar o mais claro possível a nossa posição enquanto equipe (m4/ECP).

Para os/as familiares, a participação nas reuniões de família é considerada como momento de informação sobre a evolução da doença, medidas que serão tomadas, preparação para o desfecho da doença. De modo geral, as famílias aguardam pela reunião, questionam outros/as familiares que já participaram. Entre os/as acompanhantes da internação, é freqüente observar os/as familiares trocando experiências sobre seus doentes e os resultados das reuniões.

Nesse sentido, pesa significativamente para as famílias que todos os seus membros escutem as mesmas informações, diminuindo os conflitos familiares.

Assim, a gente vai se preparando. E o paciente também é informado do que está ocorrendo. [...] Quando ela estava em casa, ela estava da beira da morte. Eu me preocupei, mas ela chegou aqui e foi preparada pra isso. E tem dias que ela diz que está com muito medo de morrer e que vai lutar porque não quer morrer. O meu pai resistiu, não queria aceitar, mas de tanto que falaram com ele. [...] Fazem reunião de família, reunião só com acompanhantes. Participei. O meu pai também participou. Ali eles já te preparam. [...] Meu pai assimilou bem direitinho, mas ele podia ter entendido antes [...]. Só que eles pensam que acontece com os outros e com a gente não (fm1/ECP).

Para os/as profissionais, a informação correta, a não omissão de fatos, auxilia na

relação com o/a doente, com o entendimento das medidas que são tomadas, tranquilizando também o/a profissional sobre os resultados finais, quando a família está mais bem preparada para aceitar o desfecho da doença. Percebem, porém, que trabalhar dessa forma ainda é muito difícil, devido aos fatores culturais. Na maioria das situações, os/as doentes de câncer desconhecem a evolução da doença, a família nega a situação para o/a mesmo/a, e os/as profissionais se omitem de trabalhar a questão:

Muitos pacientes, muitas famílias não querem saber claramente sobre a doença. Não querem conversar sobre prognóstico, morte e sofrimento. A grande maioria das conversas acaba sendo indireta, e isso que eu falei sobre o paciente se estende também para a família. Na maioria dos locais que eu conheço, não existe essa interação tão grande dos familiares com a equipe. Às vezes, nem com o médico. O médico só aparece pra falar com o paciente e nem espera. Nem quer falar com a família, o que é um erro. Daí o profissional se expõe às demandas judiciais. Atualmente [...] até por questões legais, quando é uma família que a gente não conhece, tem que chamar todo mundo. E tem que expor, falar pelo menos para os familiares a realidade do quadro do paciente, por pior que seja. Por isso a gente faz também o registro disso. Com os pacientes, os advogados dizem: tem que contar tudo, seja lá o que for. [...]. Eles não acompanham no dia a dia e não sabem que não é tão simples assim. [...] A maior propulsora foi a médica X. Ela veio com estas idéias todas do Canadá. [...] Lá é diferente do que a gente faz aqui. Lá, a maioria dos pacientes estava sozinha. [...] A equipe fala praticamente só com o paciente. Aqui a gente tenta, na medida do possível, empregar. [...] A verdade é o nosso maior aliado para evitar desentendimentos, porque se você disser para uma família desta, não precisa nem mentir, mas simplesmente omitir a verdade, quando ocorrer um desfecho desagradável, você vai ter reações desagradáveis por parte dos familiares. [...] Não vão aceitar, vão questionar porque não foi dito, porque não foi feito nada, porque não foi reanimado, porque não foi para uma UTI. Para evitar esse tipo de coisa, tem que ser conversado previamente. Tem que ser dito da forma mais clara possível, sem usar termos muito complexos, muito técnicos. De forma que essas famílias entendam realmente (m3/ECP).

A situação dos/as profissionais que atuam em cuidados paliativos, independente das questões legais levantadas pelo/a profissional na fala acima, coloca-se de modo bastante complexo. A evolução da doença, o envolvimento profissional com esses/as doentes, que permanecem por longos períodos internados/as, ou dependentes do serviço ambulatorial, antes e na proximidade do óbito, não deixa, na maioria das vezes, margem à omissão de fatos. Nesse sentido, impõe-se a necessidade de uma atuação mais assertiva e verdadeira. No período de investigação, alguns foram os casos observados em que o/a doente permaneceu por cerca de um mês na unidade, com obstrução intestinal. Nesses casos, gradativamente, o avanço da obstrução impede o/a doente de alimentar-se e o mesmo percebe o que está acontecendo. Muitas vezes, os/as profissionais, ao final, param inclusive de levar a alimentação, mesmo na situação em

que o/a doente manifesta fome e/ou vontade de comer. E como justificar essa atitude senão com a verdade?

Em outros casos, na convivência com outros/as doentes, estes/as percebem que possuem a mesma doença, presenciam a morte do/a outro/a. Segundo profissional enfermeiro/a, em uma dessas situações, o/a doente abertamente perguntou-lhe se ele/a morreria da mesma forma, ao mesmo tempo em que comentava que tinha achado bonito esse jeito de morrer. Nessa hora, solicitou que gostaria que, quando chegasse o momento de sua morte, a família estivesse ao seu lado e também o/a profissional, como havia presenciado (NOTA DE CAMPO, 2005). O que responder nesses casos, senão apresentar a verdade e colocar-se à disposição?

As **reuniões com os/as acompanhantes** acontecem na instituição oncológica por iniciativa de assistentes sociais, enfermeiros/a e terapeuta ocupacional. Essa reunião é realizada uma vez por semana e reúne os/as familiares de doentes internados/as nas duas unidades do hospital – a unidade de cuidados Paliativos e a Unidade de Onco-Hematologia, envolvendo, portanto, profissionais das duas unidades.

A atividade tem por objetivo propiciar espaço para expressão dos/as acompanhantes, esclarecimentos sobre o papel deles/as e a preparação para o cuidado no domicílio, dentre outros.

Na observação, constatei que a reunião de acompanhante propicia a participação de familiares e o espaço é utilizado para expor suas angústias, dúvidas, ansiedades e as dificuldades que vivenciam. Estabelece-se, também, um momento de troca de experiências entre os/as acompanhantes com a participação dos/as profissionais, que esclarecem os fatos, quando necessário.

Na abordagem dos/as profissionais, destaca-se uma visão humanística, não apenas em relação à pessoa doente, mas também com a situação que vivencia o/a familiar. Preocupam-se com o bem-estar dos/as familiares, com a permanência de acompanhantes do interior do estado na cidade e sob quais condições. Também a reunião serve de espaço para aprendizagem do cuidado, para esclarecimentos sobre direitos sociais, direitos do/a doente e outros.

O projeto **sala de espera** é uma proposta construída com base nas discussões que vêm sendo tratadas no âmbito das políticas públicas de saúde e diz respeito ao

acolhimento dos usuários, constituindo um espaço importante para realização de educação para a saúde.

Na instituição universitária, esse projeto é organizado principalmente pela assistente social, que, em colaboração com outros/as profissionais, realiza as atividades de educação em saúde e faz o acolhimento dos usuários, enquanto estes/as aguardam as consultas. Constitui-se em uma ação simples de cuidado, com efeitos positivos para a interação com o usuário e para a satisfação dos mesmos.

Na percepção dos usuários, a sala de espera favorece a convivência com outras pessoas em situações semelhantes e propicia a interação entre eles/as e entre profissionais e usuários.

Tem uma televisão, eles ficam passando aqueles filmes, os cuidados com os pés. Elas atendem, dão os papezinhos, mandam a gente ler em casa, mandam a gente olhar, pra ter consciência que precisa cuidar muito dos pés, secar, olhar se tem algum machucadinho. Agora, tem pessoas que entendem, tem pessoas que não entendem. Às vezes chegam pessoas que não dão, nem um bom dia, elas vão lá chegam, dão bom dia. [...] Tem pessoas que não dão porque são mais caladas, acham que não podem. Então, já dá um ânimo para aquela pessoa que chegou um pouco desconhecida. Eu não posso dizer pra ti o que tem mais para melhorar, porque as pessoas são ótimas, não podem também agradar a todos. Uma sala maior para atender mais pessoas? Mas daí a gente não pode ser egoísta, já é bem atendida. Uma coisa que eu não vejo ali é proteção. [...] Pode ser até que tenha, mas não vejo (us3/EG).

Para os/as profissionais, através do acolhimento realizado na sala de espera, o grupo conquistou a credibilidade dos usuários.

Nós ganhamos a credibilidade, principalmente, do açoriano. Eles se sentem acolhidos, são tratados pelo nome, a família também é atendida, recebem informações. Às vezes traz problemas, já tivemos idosos que acharam que seríamos a continuidade da família. Teve uma idosa que tinha uma poupança e a filha não sabia. Ela queria opinião do que fazer com o dinheiro (m5/EG).

O grupo de apoio a usuários com doença de Parkinson e seus familiares e o grupo de apoio de familiares cuidadores/as de portadores/as de Alzheimer, também, é um investimento da instituição hospitalar universitária.

Neste estudo, optei por priorizar entender a dinâmica do grupo de cuidadores/as de portadores/as de Alzheimer que funciona sob a coordenação de professores/as do Curso de Graduação em Enfermagem, com participação de profissionais do Núcleo de Gerontologia.

Os dois grupos funcionam na instituição e, em sua trajetória, já constituíram a

Associação de Portadores/as de Parkinson e a Associação de Familiares Cuidadores/as de Alzheimer.

O grupo de cuidadores/as de portadores/as de Alzheimer reúne-se quinzenalmente e tem por objetivo o apoio mútuo para o enfrentamento das dificuldades decorrentes do convívio permanente com a pessoa doente. Participam das reuniões quinzenais, familiares e cuidadores/as de pessoas com Alzheimer, independente do/a doente ser acompanhado/a por profissionais da instituição. O Núcleo de Gerontologia mantém um espaço permanente de acolhimento e esclarecimentos às pessoas que procuram o grupo, através de linha telefônica própria, que funciona na sala de espera. Além das atividades quinzenais, esse grupo realiza festas com participação dos/as doentes, encontros regionais e estaduais de cuidadores/as e outros.

O acolhimento via telefone e o acolhimento direto são realizados por assistente social e bolsistas da referida Universidade, durante toda a semana.

Os bolsistas fazem todo um trabalho, protocolam [...] o cadastro das famílias. [...] Quando tem algum evento, alguma informação, é feito mala direta. O trabalho é integrado com o Departamento de Enfermagem, eles é que estão à frente. Agora foi formada a associação, que é um grande avanço. Antes, eram os profissionais que tocavam, agora a família está bem envolvida. Trazem as ansiedades deles e as experiências que eles têm com o cuidado. E nós, com a nossa experiência profissional, com a estrutura da instituição, com o apoio. É feito um acolhimento para evitar que a família chegue muito ansiosa naquele grupo, com um monte de questões. [...]. E também nós fazemos o acolhimento via telefone. As pessoas ligam aqui para o serviço social, para a salinha. Tem uma secretária eletrônica. Às vezes, as pessoas chegam muito angustiadas, ligam muito ansiosas, por isso a gente já tem um caderninho com os dados da paciente, o endereço, para fazer um posterior contato. E chamá-los (as2/EG).

A integração dos/as familiares às reuniões do grupo, sempre que possível, é realizada antecipadamente ao encontro, quando os/as profissionais fazem o preparo da família e preenchem um cadastro, que permanece no serviço.

Muitos são os estudos que têm demonstrado o potencial das atividades grupais para a educação em saúde, organização de usuários, interação profissional-usuário-família, e os resultados positivos dessas práticas para o enfrentamento de doenças crônicas (SANDOVAL, 2003; SCHIER, 2001).

Para Campos (1994, p. 50), os serviços de saúde

deveriam existir para ajudar cada usuário a melhor utilizar os recursos próprios, partindo sempre do reconhecimento da vontade e desejo de cura de cada um, como para lhes oferecer recursos institucionais também voltados para melhorar as condições individuais e coletivas de resistência à doença. Neste sentido, faria parte fundamental de qualquer processo terapêutico o esforço para aumentar a capacidade de autonomia do usuário, para melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social, [...] ampliando as possibilidades de sobrevivência melhorando e a qualidade de vida.

Para o autor, isso “significa entender que a doença ou o risco de adoecer pode cobrar das instituições um apoio crônico, de longo curso – exatamente com o objetivo de que a autonomia do doente se cumpra”. A construção dessa autonomia

depende de uma combinação de técnica de apoio individual (fármacos, atenção clínica, acesso à informações, reabilitação física, referências em crises, etc), com outros de feição mais sócio-cultural (socialização, capacitação para o trabalho, para a convivência, para viver em um mundo de disputas e conflitos) (CAMPOS, 1994, p. 60).

Entendo que as experiências das equipes interdisciplinares, no que diz respeito às reuniões com a família, reunião com o/a acompanhante e incentivo a grupos de familiares e/ou portadores/as de doenças específicas, fazem parte desse repertório, dessas possibilidades de trabalhar uma atenção mais integral aos usuários e familiares dos serviços. Constituem-se em modos de estabelecer vínculos com os usuários, conhecer as subjetividades que envolvem a vida, a saúde e a doença construindo com os/as interessados/as os enfrentamentos necessários.

Nesse sentido, a existência de tais projetos potencializa outros modos de vivenciar o trabalho em saúde e sinaliza para o rompimento com as formas mais tradicionais de organização e gestão do trabalho. De diversos modos, e atendendo às necessidades diversas, os/as trabalhadores/as usam criativamente suas potencialidades e os recursos institucionais para construir e implementar espaços e possibilidades de trabalhar com os usuários, o que se traduz em satisfação com o processo, para todos/as os/as envolvidos/as, apontando para a efetivação de novas formas de organização do trabalho em saúde.

5.5 O PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO ASSISTENCIAL NAS EQUIPES DE CUIDADOS PALIATIVOS E EQUIPE GERONTOLÓGICA

Na análise da gestão e organização do trabalho nas equipes interdisciplinares,

busquei compreender a vivência destes agentes, com vistas à construção de um projeto assistencial que integre as perspectivas dos diversos grupos profissionais.

Na maioria das vezes, os/as profissionais de saúde têm privilegiado a abordagem isolada do objeto de trabalho, em sua prática profissional. Esse modo de atuação resulta em desarticulação das ações e, muitas vezes, na própria duplicidade de ações, com resultados insatisfatórios para a assistência. Nesse sentido, ao analisar o planejamento e a avaliação do projeto assistencial, considerei a existência desses elementos conjuntos do projeto assistencial como indicativo de Novas Formas de Organização do Trabalho em saúde.

No entanto, a construção de um projeto assistencial comum não elimina a necessidade de projetos assistenciais específicos, uma vez que o trabalho profissional em saúde envolve saberes e fazeres particulares de cada profissão, os quais definem o núcleo de atuação de cada profissional (CAMPOS, 2000b, 2005).

O trabalho dos/as profissionais de saúde mantém características do trabalho tipo profissional e características da divisão parcelar do trabalho (PIRES, 1998). A perspectiva de trabalhar com um projeto assistencial comum aos diversos/as profissionais tem por objetivo romper com a fragmentação característica da organização taylorista do trabalho, pelo princípio que separa concepção/execução e avaliação dos resultados do trabalho.

De modo geral, os/as integrantes do estudo consideram que, na atuação interdisciplinar, estão preservados os espaços próprios de cada profissão, ou seja, os/as profissionais possuem cada um/a, autonomia para definir os projetos referentes ao seu campo de atuação. Porém, articuladamente, as equipes buscam a construção de um projeto coletivo de trabalho.

Cada um planeja individualmente. [...] Depende muito do estado do paciente. [...] Então não existe uma ação, de você sentar ali e programar: vamos fazer isso assim e assim amanhã. Não dá. [...] A gente da área paramédica, terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia é impossível (to/ECP).

Claro que cada profissional vai pelo seu planejamento, mas o trabalho mesmo do grupo é feito nas reuniões. E também por contatos, quando não dá para esperar as reuniões das quintas feiras [...]. Porque vai interferir com todos. Então, não adianta decidir que vai ser desta forma, que vai ser tal dia por que se o outro não puder? A gente tem que ter esta organização. No final do ano, geralmente, a gente avalia os nossos trabalhos. Para ver como foi, como vai ser para o próximo ano, quais atividades poderão ser feitas em termos do trabalho, de estudos e do próprio atendimento (as2/EG).

O planejamento, a execução e a avaliação do trabalho coletivo são indissociáveis na prática diária das equipes; acontecem nos espaços formais construídos, como, por exemplo, as reuniões de equipes, e também informalmente, no dia-a-dia, pela dinamicidade do trabalho assistencial. A reunião semanal da equipe é entendida pela maioria dos/as integrantes do estudo como o espaço formal em que o planejamento e avaliação da assistência acontecem.

Esse planejamento coletivo, a reavaliação dele, acontece todas as terças-feiras. Tem início na segunda-feira, quando a gente passa uma pré-visita. Acontece numa reavaliação na quarta-feira, quando a gente passa com o chefe de serviço uma visita informal. Acontece na quinta-feira, quando a gente já está se programando para as altas. Acontece na sexta-feira, quando não eu não tenho médico na casa e os residentes estão fora e eu estou precisando tomar decisões e ações que são pertinentes. É contínua (e2/ECP).

Em alguns momentos, já fizemos. Não registramos, mas avaliamos. Nas reuniões do grupo. Às vezes eu a assistente social e o médico, por exemplo, quando, à tarde, estamos mais tranquilos, nós avaliamos. [...]. Nos estudos de caso. [...] Quando vem paciente pra nós [...] a gente discute. Todos nós. Vem o psicólogo diz o que ele observou, vem o enfermeiro, também coloca. A gente consegue planejar uma ação conjunta. Qual o próximo passo. O que precisa. Se tem que ser encaminhado [...] Problemas sociais a assistente social vai ver a parte. Nós temos essa interação. Isso a gente consegue (e4/ECP).

Temos. A principal é aquela de reunião de terça feira. Durante a semana também acontece. Às vezes a gente tem que tomar decisões ao longo da semana [...]. Até por isso nós gostamos de passar as visitas médicas junto com o restante da equipe, [...] discutir e tomar decisões em conjunto (m3/ECP).

Mas acontece fora também. Porque tem casos que a coisa modifica [...]. Então a gente conversa, tem essa possibilidade de conversar (nt/ECP).

Faz. Na alta. Na transferência do paciente para o programa de internação domiciliar, por exemplo, [...] a meu ver existe. [A avaliação] eu já acho que se perde um pouco. [...] Se faz, mas não se avalia. Se perde um pouco no caminho. A iniciativa se tem, mas se perde um pouco (fs/ECP).

Considerando a finalidade do trabalho assistencial em saúde e suas especificidades de cuidado a um ser humano cujas necessidades modificam-se dinamicamente, é natural que o planejamento das ações assistenciais de saúde aconteça em um processo contínuo e dinâmico. De acordo com Campos (2000a), o trabalho em saúde é permeado por imprevistos, exigindo do/a profissional determinado grau de autonomia quando do encontro profissional-usuário.

A equipe gerontológica não realiza formalmente o planejamento e a avaliação da assistência. No entanto, a interação e a articulação entre os/as profissionais podem acontecer em momentos distintos do processo, conforme observei na prática. Com

frequência, durante o atendimento ambulatorial, um/a profissional busca o/a outro/a para discutir as situações que surgem na atenção ao usuário. Dependendo do caso e dos/as profissionais envolvidos/as, algumas vezes um/a desses/as profissionais retoma a discussão durante a reunião da equipe. De modo geral, percebe-se que os casos mais polêmicos e “complicados”, que envolvem situações sociais e familiares, são conhecidos por todos/as os/as profissionais e que todos/as influenciam na definição das ações estabelecidas para a situação.

Acontece. Agora mesmo, eu acabei de falar para a médica X “lembra aquela paciente”. Eu faço muito, porque eu acho que é legal dar o retorno para a pessoa. Eu fui ali, incomodei, forcei, então acho que tem que dar o retorno também [...]. E com a enfermeira também. [...] Informal, mas acontece (m6/EG).

Ao final do grupo de memória, a gente fez uma avaliação com eles e apresentou para o Núcleo de Gerontologia o que aconteceu. Tem um trabalho que a enfermeira fez de cuidados com os pés. [...] Ela apresentou pra gente. Ela acompanhava os pacientes e a gente via isso acontecer (ps/EG).

Na equipe de cuidados paliativos, já durante a fase de observação da investigação, foi possível identificar que o planejamento e a avaliação do projeto assistencial aconteciam regularmente nas reuniões da equipe. Porém, ao abordar a temática nas entrevistas, dois trabalhadores/as foram incisivos ao dizer que não havia planejamento e avaliação conjunta do projeto assistencial. Na percepção desses/as profissionais, nas reuniões, o que se realizava eram os estudos de caso.

De jeito nenhum. Em nenhum momento é isso. É uma reunião de estudo de caso aquilo ali. Paciente está assim e assim, paciente vai ter alta. Qual é o plano (to/ECP).

Percebendo, na fala desses/as profissionais, uma visão idealizada do planejamento, do momento e do modo como este deveria acontecer, refiz a abordagem, questionando sobre situações presenciadas na observação. Esse movimento mostrou-se adequado e permitiu aos integrantes do estudo reavaliarem e contextualizarem suas posições sobre a prática do planejamento e da avaliação do projeto assistencial na equipe.

Ahhhh! Neste sentido! Eu não vejo neste sentido. Ali, eu estou passando como ela está. Ela está fisicamente bem, psicologicamente, psiquicamente, porque eles não têm essa visão. Da qualidade da integração dela, da capacidade física dela. Eles [médicos] não vêem isso. Eles fazem e vão embora. Então, eu estou passando o quadro bio-psíquico-social dela. Que ela estava ótima. Que ela não enxergava, mas em nenhum momento [...] aquilo ia fazer falta pra ela. Hoje ela está maravilhosa.

Não precisa enxergar. Mas daí pra mim não é isso. Eu estou colaborando com o grupo, de como ela está no total, com a família, ela perante ela, as atividades diárias dela, que ela se penteia, que ela se enxuga, ela toma banho. Então, é um outro contexto. [Mas essa não é a avaliação da terapia ocupacional? Daquilo que você planejou para o caso? E os demais integrantes da equipe não fazem o mesmo?] É. É. Pode ser. Vamos dizer que é. Tá. Então tem! Alguns momentos têm. Tem. É verdade (to/ECP).

Embora a reunião da equipe interdisciplinar seja reconhecida como espaço formal de planejamento e avaliação conjunta do trabalho, diversos/as integrantes da equipe de cuidados paliativos questionam o aproveitamento da reunião, a forma como essa é conduzida, o excesso de conversas paralelas e, principalmente, o predomínio de discussões voltadas para a terapêutica e situações ligadas ao processo de trabalho médico.

Eu acho até que sim, porque na terça-feira é discutido. De repente, não tão perfeito, mas acaba-se fazendo. [...], mas não tem o planejamento formal. Aquele papel. [...] No dia a dia tu acabas tendo o retorno [...] é uma equipe pequena. [...]. A enfermeira está lá em cima me pedindo para orientar uma alta... Então ela sabe o que eu fiz, eu sei o que ela fez, mais formal não tem (as1/ECP).

Não na totalidade. Tem alguma coisa, mas não tudo. [...] Uma das melhores coisas que acontece na terça-feira é este encaminhamento para a gente ver como as coisas vão. Primeiro, tem que se dar os louros a quem merece. Quando está com a médica X, o encaminhamento é feito muito bem. É encaminhado, quando ele vai ter alta, como ele vai [embora]. Apesar de acontecer muito de ser combinado e, daí, resolvem dar alta em plena terça-feira. Eu fico louca da vida. [...] isso é muito importante. [...] Quando é o paciente que precisa e, principalmente, em relação à sonda, tem que ter planejamento [nutricional]. Eu preciso parar e explicar, pegar a minha dieta pra saber se eu tenho tudo aqui. Então, às vezes: “ah vai embora”. Eu preciso de um tempo pra evoluir. [...]. É devagar. É como quando eles fazem a titulação do medicamento [...] a sonda é a mesma coisa. Inicia com 100 ml e vai aumentando, vou vendo se o produto está de acordo e aumentando até atingir a caloria [desejada] na avaliação nutricional. Eles querem atropelar. Eu não gosto de mandar o paciente em evolução pra casa. Como vou saber se acontecer alguma coisa com ele lá? (nt/ECP).

Em geral, a nossa reunião funciona como ajuste quase semanal em relação a isso. [O] bom daquela reunião é que não deixa o trem sair dos trilhos. Qualquer ameaça do trem sair dos trilhos durante a semana, a gente dá um ajuste, talvez não tenha como escapar por isto. [...] Todo mundo presta contas a todo mundo. Inclusive os médicos. Nem nós podemos sair muito da rotina, do que foi estabelecido, porque tem a reunião (m2/ECP).

A avaliação que os/as integrantes do estudo fazem acerca do planejamento e da avaliação conjunta do plano assistencial sinaliza que a discussão sobre a terapêutica e o prognóstico ainda é predominante na abordagem dos/as profissionais. Nesse sentido, pesa a direção médica dada à reunião, a priorização dos chamados “assuntos de competência médica”, ou seja, a abordagem da biomedicina. Coerente com a

relevância dada a essa dimensão da prática assistencial, as principais decisões definidas em reunião são efetivamente tomadas por esses/as profissionais, que determinam a alta, a realização de exames e tratamentos.

Desse modo, a própria forma como os/as profissionais estão dispostos na reunião reafirma o destaque da posição dos/as médicos/as diante da equipe. A sala de reuniões, com uma mesa retangular e cadeiras ao centro, forma um círculo central, habitualmente ocupado pela equipe médica e alguns/as profissionais de enfermagem. Em duas paredes laterais opostas, há poltronas circundando a mesa e nessas se forma um outro círculo externo, no qual se concentram os/as profissionais de enfermagem, o/a fisioterapeuta, o/a farmacêutico, o/a assistente social, o/a terapeuta ocupacional e o/a nutricionista. Raras vezes essa disposição se modifica e, quando acontece, é pela inclusão de um/a ou outro/a profissional no círculo central. Os/as médicos/as ocupam uma das cabeceiras da mesa. Quando há participação mais intensa do pessoal de nível médio de enfermagem da unidade de internação, os/as mesmos/as se põem na cabeceira oposta da mesa, próximos à porta de entrada. Dependendo da posição escolhida pelos/as integrantes do grupo, que costumam se sentar nas poltronas, estes/as ficam atrás dos/as profissionais sentados à mesa.

Fruto da observação, essa disposição dos/as profissionais em reunião foi citada espontaneamente pelos/as integrantes do estudo na fase de entrevistas. Percebe-se entre os/as profissionais não médicos/as, certo desconforto em relação à situação. Referem que os/as médicos/as e residentes ocupam a mesa, formam um grupo, que, por vezes, discute isoladamente. Reconhecem, no entanto, que eles/as mesmos/as se acomodaram com a situação e, muitas vezes, se sentem melhor ao lado de “seus pares”.

Vai para a reunião, sentam os médicos todos ali na mesa e fica o resto da equipe ao redor. Aquilo me deixa bem desconfortável. Eu tenho outra visão das coisas. Não dá para ter essa diferenciação, porque nós precisamos deles, tanto quanto eles de nós. [...]. E muitas vezes falam do paciente, fala, fala, fala, e daí: alguém tem alguma coisa para falar do paciente? Não. Já passou. [...]. Já se acostumaram com aquilo. Quem sabe somos nós também. [...]. É engraçado porque cada um já deixa reservadinho. Cada um já reserva o seu canto (fs/ECP).

Quando eu entro na sala: ‘vamos abrir a roda. Vamos abrir’. Pra que ninguém sente ali no meio que feche a roda com a cadeira. [...]. Cada um tem o seu lugar. [...]. Tem aquele pessoal que senta na cadeira e fica de ti-ti-ti ali. E tem os médicos que ficam ali, e em alguns momentos eles polarizam mesmo. Fecham! Às vezes eu até me sinto meio assim e tem que dizer ‘olha gente vamos trazer para discussão’. Quando é uma coisa assim de exame. Então existe isso. E também da nossa parte. Isso tem muito a

ver com a forma como tu te colocas, com quem tu te colocas melhor (e1/ECP).

Eu vou onde tem a cadeira, sento ali. Eu não me importo não. Eu acho até que eles [médicos] precisam disso. Talvez o momento não fosse ali, mas é coisa que é conduta médica mesmo e daí a gente fica meio solta. Mas tem umas coisas que... Esse pessoal daqui também tem que se posicionar mais. Tem que falar. Mas daí tem que ser ouvida! E nem sempre é assim [...], aquele momento da reunião é importante, ele é importante na medida em que a pessoa se coloca. [...] A disposição da mesa. [...] A gente se coloca aqui, [...] eu me sinto melhor aqui. Gozado parece que estou entre os meus (nt/ECP).

Entre os/as entrevistados/as, um/a profissional médico/a avalia que a disposição das pessoas na reunião ocorre por questões de amizade, das relações interpessoais e outros. Destaca que há uma maior proximidade dos/as médicos/as entre si, o que determina que se agrupem nas reuniões, e que o mesmo acontece com determinadas categorias. Reforça a inexistência de regras ou normas influenciando tal situação e entende que, independente do modo como se organiza a mesa de reuniões, isso não interfere nas relações coletivas e há uma boa interação entre os/as profissionais.

Isso tem a ver mais com a idéia dos outros do que com vontade nossa. É claro que, se a gente vai formar a mesa, eu vou sentar ao lado *dos médicos*. A gente senta ali, troca idéias, conversa, eventualmente conta uma piada para relaxar o ambiente. Até porque, depois nós ficamos conversando sobre outros assuntos, que não tem nada a ver com o que foi discutido na reunião. [...] É natural, porque são os meus colegas, que eu conheço há muiiiitos e muitos anos, eu gosto deles, [...] a nossa relação é de amizade. [...] A superação de todas as crises que nós tivemos, ela teve na base de tudo isso o fato de sermos amigos e confiarmos um nos outros. [...] Não existe uma regra, uma norma, não existe nada. É uma questão de afinidade [...]. Os residentes vêm por osmose, mas a mesa está aberta. Nós já tentamos mudar e fazer um círculo. E mesmo quando você faz um círculo, tenta misturar mais as pessoas, não adianta. Porque isso também funciona em relação aos outros. A *fisioterapeuta* vai ficar ao lado da *nutricionista*, que está ali na [mesma] sala com ela e ela tem mais intimidade. Conhece muito mais, talvez seja amiga dela. O *terapeuta ocupacional* vai ficar ali junto. Os técnicos de enfermagem [...] vão se juntar, quando eles estão ali. [...]. Olha que nós já tentamos. [...] Nós fizemos trabalhos em que fizemos grupos misturados e as coisas funcionam bem, normal, as pessoas interagem bem, nós somos bem acostumados um com os outros. Mas eu concordo contigo, se você for deixar a coisa fluir naturalmente, sempre vai dar naquilo, naquelas posições (m2/ECP).

De modo geral, os/as integrantes da equipe de cuidados paliativos percebem a predominância de relações assimétricas entre as categorias profissionais e o maior peso dado às decisões médicas. Essa percepção está de acordo com as análises de Pires (1998) e Carapinheiro (1998), confirmando a maior autonomia e poder desses/as profissionais no processo de trabalho em saúde, bem como seu papel na definição de condutas relacionada ao ato em saúde.

No entanto, para os/as profissionais que integraram o estudo, a atuação em equipe interdisciplinar possibilitou avanços concretos na realidade. A abordagem interdisciplinar tem potencial para a democratização da tomada de decisões, para a conquista de autonomia profissional e para a maior influência das diversas profissões sobre determinadas práticas que, no modelo tradicional, são caracteristicamente de definição médica, como por exemplo, a internação e a alta hospitalar, a prescrição de medicamentos, dentre outras. Os avanços, porém, não estão dados e as demais categorias profissionais precisam defender suas posições, ocupar os espaços decisórios, participar da discussão democrática e negociar as decisões.

Já aconteceu (*de eu interferir*). Eu consigo. Eu vejo que [os médicos] respeitam. Às vezes eles colocam também o outro lado, que [o doente] está ansioso [quer ir pra casa]. Ele está ansioso, mas tenho que ver. E eu também posso atropelar um pouco, mas tem que resolver na hora, porque daí eu organizo a minha cabeça e faço tudo diferente. Não tem problema. Não é assim, vamos manter o [doente] aqui e pronto! Eu não faço isso. [...] É tranquilo, mas vamos combinar (nt/ECP).

Isso é uma coisa que me atraiu muito. Atraiu-me porque a gente tem essa autonomia... Eu não vou me meter na prescrição médica. [...] A questão da analgesia, a gente faz a transformação das doses. [...] É investido em uma capacitação neste sentido. O saber é dividido, o conhecimento é dividido. A gente tem acesso aos materiais que eles lêem. Eu não preciso conversar com eles [para fazer modificações]. Eu atendo [no PID] por telefone. O celular fica ligado 24 horas para atendimento desses pacientes. Se [os familiares] me ligam [e dizem]: 'estou fazendo tal e tal medicação. E no intervalo o meu pai continua com dor. Passou uma hora, uma hora e meia meu pai continua com dor. Eu estou fazendo o reforço que tu me falaste'. Eles são bem orientados, porque eles têm que fazer a medicação. A morfina, por exemplo, de 4/4 horas tantas miligramas. E aí eles sabem quantos reforços. Eu posso mandar aumentar dose, diminuir dose. O reajuste de dose, pelo menos, eu posso fazer, pra gente conseguir funcionar, porque se eu ficar dependendo do médico, nem sempre ele vai estar, [...] se eu tiver dúvida eu tenho o médico de plantão (e1/ECP).

Geralmente, quando a gente vai à casa [do paciente] e o médico está junto, ele conversa com a família. [Se] a família desejar ficar com ele em casa, daí a gente vai combinar: vem alguém uma vez por semana, duas vezes por semana vem alguém da enfermagem pra fazer a hidratação. Ou se a família prefere internar, a gente combina direitinho quando internar (te1/ECP).

Considerando a finalidade do trabalho em saúde, a composição das equipes de saúde e os diferentes saberes envolvidos no processo de trabalho, a orientação interdisciplinar, que orienta as equipes estudadas, promove avanços no que diz respeito à superação do princípio de divisão entre concepção e execução do trabalho.

Sobre esse aspecto, foi riquíssimo observar, na investigação, especialmente no serviço de cuidados paliativos, as interações e as articulações entre os/as profissionais

nas reuniões de equipe, o modo como as elaborações conjuntas para a definição do projeto assistencial acontecem na prática. Como rotina, a equipe realiza antes da reunião uma visita ao doente na enfermaria. Lá, os/as diversos/as profissionais interagem com o/a doente e a família, avaliam com eles/as o resultado de tratamentos, de intervenções, de realização de exames; discutem as possibilidades e previsões de alta; consultam sobre as condições de permanência de acompanhante; perguntam sobre a organização familiar para o cuidado no domicílio; orientam medicações; esclarecem evolução da doença e outras questões.

Posteriormente, em reunião, cada caso é retomado e os/as profissionais aprofundam a discussão, com base na evolução do/a doente, na percepção dos/as diversos/as profissionais e na expectativa do/a doente.

O/a profissional médico/a que conduz a reunião, após o relato do caso do/a doente pelo/a residente, solicita aos demais profissionais o posicionamento sobre as condutas em sua área de atuação e a equipe define as ações assistenciais, as quais são válidas até a próxima reunião, desde que não haja alteração do quadro do/a doente. Essas ações são registradas em livro-ata, que é mantido no posto de enfermagem, e os/as profissionais consultam este documento sempre que necessário, seja para manter as condutas ou alterá-las. Quando acontece alteração de determinada conduta, no decorrer da semana, na reunião seguinte é exposto o motivo que levou à mudança. Em algumas situações presenciei a cobrança de um/a profissional sobre outro/a, pela alteração, sem justificativa, de uma conduta definida pelo grupo, no intervalo entre reuniões.

Nas discussões que acontecem na reunião, é significativo destacar a participação do/a farmacêutico/a na definição do tipo de medicamento que será utilizado para o/a doente, os debates acerca das vantagens desta ou daquela medicação. A intervenção do/a nutricionista na definição de dietas; do/a fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional sobre os resultados e propostas de atuação com o/a doente. Da assistente social, na definição da necessidade de reunião com família, das expectativas e dificuldades da família em relação à alta, óbitos e acompanhamento domiciliar. Da enfermagem sobre o resultado das intervenções e cuidados realizados, do estado emocional do/a doente e familiar, dentre muitos outros.

Propostas de exames complexos e/ ou invasivos e de tratamentos são debatidas entre os/as profissionais, que avaliam a viabilidade e a justificativa de sua realização, ou seja, aquele que propõe determinada conduta justifica “por quê”, pra quê”, “o quê vai ser realizado” a partir do resultado dos mesmos, e “qual a sua relevância” para a melhoria da qualidade de vida do/a doente.

O modo como as equipes interdisciplinares dividem o trabalho assistencial e definem as ações assistenciais, representa um avanço em relação à organização hegemônica do trabalho em saúde, porém não a sua superação.

Um resultado positivo da atuação em equipe interdisciplinar e da prática do planejamento e avaliação coletiva do projeto assistencial relaciona-se ao potencial dessa forma de atuação para a construção da integralidade da assistência em saúde. Esse aspecto pôde ser registrado pela observação das atividades e da dinâmica de atuação das equipes.

A apreensão que os/as profissionais fazem do objeto de trabalho – o ser humano multidimensional, e a integração dos usuários e familiares no planejamento de sua assistência, conforme pode ser observada na situação a seguir, contribui para avançar em um dos sentidos dados à integralidade por Mattos (2001).

Trata-se da atenção à doente X, internada em função de câncer avançado, com metástases cerebrais, tendo, como consequência, evoluído para cegueira e paralisia de membros inferiores e que se encontrava naquele momento realizando radioterapia.

Na aproximação da equipe ao leito da doente, que estava acompanhada pelo filho, percebeu-se que a mesma estava ausente, silenciosa diante dos/as profissionais, condição relativamente diferente da observada em visitas anteriores, quando esta prontamente interagira, mostrava interesse pela visita e com o que estava se passando com ela. O/a médico/a residente repassa o estado da doente, as condutas terapêuticas que estão sendo realizadas e os/as profissionais tentam interagir com a mesma, sem encontrar resposta. O filho também se mantém mais calado que o habitual. Os/as profissionais afastam-se, para visita a outro leito, e o médico X aproxima-se da doente, toca-lhe o braço e passa a dialogar com a mesma e com o filho. No momento seguinte, repassando os casos na reunião da equipe, o/a médico residente fala da situação da doente em relação ao tratamento radioterápico e as condições de tratamento. Relata que o problema atual da doente é a manifestação de quadro depressivo, em função da perda da visão, e que o choro freqüente da mesma tem interferido, inclusive, no estado das demais pessoas internadas naquele quarto. Relata também que a mesma não avança muito em relação à mobilização, aspecto que é discutido pelo/a fisioterapeuta e pelo/a terapeuta ocupacional. O/a médico/a Y aborda a perda de visão, diz que o tratamento da doente tem avançado e que esta começa a se dar conta que não voltará a enxergar. Questiona se a família e a doente estão cientes da não recuperação da visão. O/a terapeuta ocupacional e os/as enfermeiros/as destacam o tempo de permanência da doente na instituição e os

efeitos da internação sobre seu estado. O/a terapeuta ocupacional aborda a possibilidade de alta hospitalar, com realização de radioterapia ambulatorial, pois tem atuado com ela e percebe que família está aceitando a cegueira e tem condições de trabalhar a situação no domicílio. Considera que a permanência da doente no leito e no hospital tem interferido em seu estado. Os/as enfermeiros/as Z e W e o/a médico/a Y rapidamente descartam a possibilidade de alta antes de finalizar a radioterapia, pois mesmo a enfermagem tem encontrado dificuldade para mobilizá-la para o tratamento em outra instituição. O/a médico/a Y solicita que seja revisto o plano para a doente, bem como solicita aos que estão pensando em alta, logo após radioterapia, que se manifestem sobre o que já foi avaliado com a família e as condições para cuidarem da mesma em casa. Destaca a necessidade de preparo da família, pois, além da cegueira, a doente está restrita ao leito pela perda dos movimentos e isso representa muitas dificuldades para o cuidado domiciliar. O/a assistente social e outros/as profissionais informam que o filho é o cuidador principal, é estudante e está com dificuldades de seguir os estudos, em função do acompanhamento da mãe. Discutem a necessidade de realização de reunião com a família, entendendo que não é adequada a alta neste momento e decidem pela permanência da mesma na instituição até o final da radioterapia (NOTA DE CAMPO, 2005).

Passado uma semana, na reunião seguinte, o tema é retomado, pois a situação da doente não se modificou. Ao repassar a situação da doente, o/a médico/a residente informa que, clinicamente, a mesma está bem, porém, seu estado emocional é muito ruim. Segundo seu relato:

‘Doente chora muito e, quando tenta falar com ela, a mesma lhe diz que chorar é humano, segundo um poeta’. Retoma-se a questão da alta que é desejada pela doente. O/a médico/a residente pondera que a doente deseja a alta, porém ‘ela quer ir pra casa, mas caminhando, enxergando...’ O/a profissional médico K questiona: ‘mas ela não estava ciente? Como eu me enganei a respeito desta paciente’. ‘É que ela sente os membros inferiores após a radio’, diz o/a terapeuta ocupacional. O/a médico/a residente complementa: ‘e isso deu novas esperanças a ela’. Profissionais médicos/as explicam como é a sensação de membros inferiores relatada pela doente e como pode evoluir. O/a terapeuta ocupacional retoma que a doente se preocupa com o retorno ao domicílio, por causa das suas condições, ‘a casa é pequena, não tem preparo, não tem cadeira de rodas e a cama é baixa. Vive com filho e a mãe de 80 anos. O filho trabalha e estuda’. O/a assistente social comenta que filho já deixou de estudar por causa da doença da mãe, mas que realmente tem vários outros problemas. O/a terapeuta ocupacional avalia que é necessário um treinamento mínimo para que ela possa ir para casa. Relata que a tem levado até a rua e que ela não percebe diferença entre dia e noite. Avalia: ‘ela tem condições de fazer os cuidados mínimos, escovar dentes, etc., mas precisa ser preparada’ (NOTA DE CAMPO, 2005).

Observa-se, pelo relato acima, que a avaliação da doente é realizada considerando as múltiplas dimensões que envolvem sua vida e, não apenas aquilo que se refere à doença.

Na equipe gerontológica, a dinâmica do trabalho ambulatorial dificulta, muitas vezes, a realização de debates dessa natureza. As reuniões da equipe não debatem os atendimentos realizados, o que dificulta a observação desse dado. No entanto, em

situações familiares mais críticas, é possível observar que os/as integrantes da equipe têm a visão de totalidade e de integralidade da atenção.

Em uma das situações observadas, quando do atendimento a uma usuária do serviço, afetada pelo mal de Alzheimer, o/a profissional médico/a identificou as dificuldades pela qual passava a cuidadora, filha desta usuária. Imediatamente, buscou auxílio com o/a enfermeiro/a e o/a assistente social, repassando o caso e suas percepções sobre as necessidades da doente e de sua família.

Sua preocupação voltava-se para a filha, mais do que para a usuária, cujas condições estavam controladas, no momento. Identificara, na consulta, que a filha estava passando por momentos difíceis, com interferência no casamento, devido à relação com a mãe e com os/as outros/as familiares; apresentava um quadro depressivo. Os/as profissionais discutiram a situação, decidiram os encaminhamentos e providenciaram atendimento com o/a psicólogo/a e o/a psiquiatra e ofereceram a possibilidade de participar do grupo de apoio aos familiares de portadores/as de Alzheimer, além de outras providências.

Os encaminhamentos foram realizados de modo que, posteriormente, ao observar o casal de cuidadores (filha e genro), nas reuniões desse grupo, foi possível constatar que o/a profissional enfermeiro/a, que conduzia o grupo, estava ciente das dificuldades da família. A trajetória desses no grupo de cuidadores/as mostrou-se adequada e, poucas reuniões depois da integração dessa família ao grupo, foi possível presenciar relatos emocionados da diferença que o serviço havia imprimido à vida familiar, embora muitas das dificuldades ainda persistissem.

A compreensão da vivência da doença, das múltiplas dimensões do sujeito que a vivencia, e não apenas das alterações biológicas e da fisiopatologia, possibilita uma melhor compreensão do objeto de trabalho e a responsabilização com o resultado do trabalho.

A atuação profissional nas situações descritas parece apontar para a integração do ser humano e sua multidimensionalidade, bem como para a articulação dos diversos saberes na perspectiva de reconstrução do objeto de trabalho e da prática assistencial, portanto, para o rompimento com o modelo biomédico.

Segundo Mattos (2001, p. 39), essa perspectiva diz respeito “a atributos da

prática dos profissionais de saúde caracterizada pela não redução do paciente ao aparelho ou sistema biológico que produziu a doença ou queixa”, constituindo-se em um dos sentidos da integralidade.

Outro sentido dado à integralidade e abordado por Mattos (2001), que pode ser observado na atuação das equipes interdisciplinares, diz respeito à integração entre os níveis de atenção. Nesse sentido, embora muitas sejam as limitações presentes nas realidades estudadas, as equipes têm investido para melhorar esse parâmetro assistencial.

O serviço de cuidados paliativos, mesmo constituindo-se em uma subespecialidade dentro da oncologia, aplica essa perspectiva de atenção aos doentes oncológicos sob seus cuidados. Faz o acompanhamento dos usuários do serviço, tanto na condição de internação domiciliar, ambulatorial e hospitalar, envolvendo os/as profissionais em todas essas esferas de atenção. O trabalho é organizado, articulando o cuidado no domicílio, no ambulatório, na unidade hospitalar e em outras unidades hospitalares, ou seja, nos espaços de produção de cuidado pelos qual o usuário transita.

A atenção ao usuário internado no hospital de apoio é pensada desde o momento da internação, incluindo o acompanhamento durante a atenção ambulatorial e, também, a rede de atenção do município de origem do/a doente. Essa condição é facilitada pela intermediação do/a profissional assistente social ou do/a enfermeiro/a do PID. Outra possibilidade de acompanhamento ocorre pela internação domiciliar, quando o usuário reside em uma margem de mais ou menos 50 Km do hospital de apoio e preenche os requisitos estabelecidos para a internação domiciliar.

Os/as doentes em internação domiciliar e seus familiares possuem, à sua disposição, telefone para contato nas 24 horas, de modo a receber orientação sobre situações incomuns que acontecem no dia-a-dia, sobre tratamentos, sintomatologias e outros. Recebem visita de uma equipe composta por médico/a, enfermeiro/a e técnico/a de enfermagem, uma vez ao mês ou com maior frequência, dependendo da necessidade. Os cuidados necessários a esses/as doentes são prestados pela equipe de enfermagem e familiares, conforme os planos estabelecidos em comum acordo pela equipe e cuidadores/as domiciliares. Também é mantido na unidade hospitalar um leito reserva para facilitar a transferência do domicílio para o hospital, em caso de

agravamento da condição do/a doente.

Os usuários da internação hospitalar, quando da alta, são orientados/as a se comunicar com o/a enfermeiro/a ou médico/a no hospital de apoio, sempre que acontecerem imprevistos, para avaliação dos encaminhamentos a serem dados. Na vigência de intercorrências, como a instituição não possui serviço de emergência, os/as familiares são orientados a procurar o hospital mais próximo de sua casa e, lá, solicitar ao médico/a que prestou o atendimento para entrar em contato com um/a dos/as médicos/as do serviço de cuidados paliativos, para planejamento das medidas que serão tomadas. Nas reuniões da equipe, pode-se observar que os/as profissionais controlam a trajetória dos usuários pelos serviços de saúde, bem como avaliam as situações prioritárias para transferência destes para o hospital de apoio, conforme pode ser observado no relato a seguir.

Ao final de reunião, esgotada a discussão de caso de doentes internados/as, o/a enfermeiro/a pergunta se pode relatar a situação dos/as doentes do PID e a lista de espera para internação. Discutem sobre o número de vagas existentes e as prováveis altas para a semana. O/a técnico/a de enfermagem comunica que determinada doente do Programa de Internação Domiciliar, está chegando à unidade para internar. O/a enfermeiro/a W relata os casos que aguardam vaga para internação, explicitando onde os/as doentes se encontram – se no domicílio, em emergências hospitalares, ou internadas em outros hospitais. O/a médico/a defende que tragam a doente internada no hospital Z e justifica que a mesma poderá beneficiar-se com a transferência, expondo as condições em que se encontra na outra instituição. O/a enfermeiro/a X expõe a gravidade da situação de determinada doente que está no domicílio e defende que a mesma deverá ser chamada antes. Obtém apoio de outro/a enfermeiro/a. Perguntam sobre doente que está no serviço de emergência do hospital Z e discutem a possibilidade de trazê-lo, devido às dificuldades de permanência no local. Enfermeiro/a W pergunta ao técnico/a de enfermagem sobre a situação dos usuários do PID e necessidade de internação no momento. O/a técnico/a de enfermagem informa que todos/as estão ruins, mas que não há necessidade de internar no momento. Outros casos são discutidos e os/as profissionais se manifestam sobre as prioridades de internação, definindo por ordem de necessidade, os/as doentes que serão chamados durante a semana. As decisões são registradas em livro ata (NOTA DE CAMPO, 2005).

Na equipe gerontológica, os/as profissionais acompanham os usuários diretamente no serviço de ambulatório. Na ocorrência de internação na instituição, mesmo não sendo esses/as profissionais os/as responsáveis pelo usuário, pois a maior parte deles/as não atua nos serviços de internação, há a comunicação pelos/as familiares ou pelo próprio usuário aos profissionais do grupo, que acabam por acompanhar a trajetória destes/as no hospital.

Em diversos momentos, observei nas reuniões que os/as profissionais informam

sobre usuários que estão internados/as, como a família os/as colocou a par da situação, as visitas realizadas pelos/as profissionais a esses/as usuários, as condições em que se encontram e as iniciativas que a equipe poderia tomar para auxiliar no processo. São informados os óbitos de usuários atendidos pela equipe e, com frequência, percebe-se que um/a dos/as profissionais esteve presente apoiando a família. São relatados a situação e os enfrentamentos que a família está fazendo.

Nos casos de acompanhamento ambulatorial através da rede de atenção básica, há, com algumas unidades da rede básica, um intercâmbio de informações sobre a situação do usuário, porém, isso acontece de modo diferenciado, dependendo da receptividade dos/as profissionais envolvidos/as.

Considerando que no modo predominante de organização do trabalho em saúde prevalece a fragmentação do objeto de trabalho, a atuação desarticulada entre os/as profissionais e a ausência de um projeto assistencial comum, planejado pelos/as profissionais envolvidos/as na assistência aos usuários dos serviços de saúde, a organização do trabalho nas equipes interdisciplinares apresenta avanços para a organização do trabalho e para a assistência prestada.

A prática interdisciplinar coloca-se em contraposição à fragmentação, possibilitando, pela integração da concepção/ execução e avaliação do projeto de trabalho, que o conjunto dos/as trabalhadores/as tenha uma melhor compreensão do processo e do resultado do trabalho. Propicia também um maior envolvimento do/a trabalhador/a com o projeto assistencial e a responsabilização com o resultado do trabalho. Contribui para a construção da integralidade em saúde, na medida em que a interação e a articulação entre os diversos saberes e fazeres propicia uma visão ampliada do usuário e de suas necessidades, bem como a articulação das diversas esferas de atenção à saúde.

Embora, na atuação interdisciplinar, a prática do planejamento coletivo da assistência possibilite uma maior participação de todos/as os/as profissionais na definição dos cuidados prestados aos usuários, a prática interdisciplinar não rompe com a hegemonia médica na definição do projeto assistencial.

CAPÍTULO VI – A COMPREENSÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE PELAS EQUIPES DE CUIDADOS PALIATIVOS E EQUIPE GERONTOLÓGICA

A convivência com os sujeitos do estudo e suas práticas, os relatos obtidos através das entrevistas e o estudo das formulações presentes nos documentos permitem apresentar a compreensão e as expressões destes sujeitos acerca da interdisciplinaridade, bem como as experiências concretas dessa forma de organização do trabalho.

Essas concepções, contextualizadas ao processo de trabalho desenvolvido nas equipes interdisciplinares, as suas vivências e experiências cotidianas, mostram aspectos que se aproximam ou se distanciam da idéia da articulação e integração dos saberes e fazeres já existentes na literatura.

Em muitos momentos, a intervenção provocada pela investigação propiciou aos sujeitos do estudo, pela reflexão e pelo relato das experiências vividas, o “dar-se conta” de um conhecimento e de uma compreensão que eles/as “não sabiam que sabiam” e de um fazer que “não sabiam que faziam”, aproximando-se do mencionado por Leite e Ferreira (2001).

Com vistas a apreender as concepções e práticas dos sujeitos em relação à interdisciplinaridade, foram feitos os seguintes questionamentos:

- Considerando o trabalho que você desenvolve na equipe, defina o que você entende por interdisciplinaridade.
- Você considera que este é um grupo com característica interdisciplinar? Por quê?
- Explícite alguns exemplos de atuação interdisciplinar que acontecem no trabalho.
- Identifique aspectos positivos e negativos da organização do trabalho interdisciplinar desenvolvido por esse grupo e limites/ problemas na perspectiva de atuação conjunta.
- Aponte conhecimentos necessários ao exercício interdisciplinar.

Os resultados obtidos foram organizados de modo a refletir aquilo que os/as entrevistados/as entendem por interdisciplinaridade e as potencialidades e dificuldades da prática interdisciplinar nas equipes de saúde.

A disciplina é uma categoria organizadora dentro do conhecimento científico; ela institui a divisão e a especialização do trabalho e responde à diversidade das áreas que as ciências abrangem. Uma disciplina, ainda que inserida em um conjunto mais amplo, tende à autonomia, pela delimitação de fronteiras, pela constituição de uma linguagem própria, bem como pelas técnicas e teorias que venha a elaborar (MORIN, 2000, p. 105).

A organização disciplinar emerge na universidade moderna a partir no século XIX, desenvolvendo-se ao longo do século XX, com o impulso dado à pesquisa científica. Possui uma história que contempla o seu “nascimento, institucionalização, evolução e esgotamento” (MORIN, 2000, p.105).

A história da disciplina, bem como a história da articulação das disciplinas precisa ser estudada no contexto das universidades e da sociedade em que as universidades estão inseridas,

uma vez que a história das ciências não se restringe à da constituição e proliferação das disciplinas, mas abrange, ao mesmo tempo, a das rupturas entre fronteiras disciplinares, da invasão de um problema de uma disciplina por outra, de circulação de conceitos, e formação de novas disciplinas... (MORIN, 2000, p. 107).

A articulação das disciplinas, colocada como uma necessidade frente à evolução do conhecimento na realidade atual, nos remete, inevitavelmente, a compreender e diferenciar os níveis de articulação possíveis: a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade, a transdisciplinaridade. De imediato, isso nos impõe também reconhecer as dificuldades existentes nessa diferenciação, o que nos faz assumir que são os complexos de inter-multi-transdisciplinaridade que, ao longo da história, têm desempenhado um “fecundo papel na história das ciências” (MORIN, 2000; NICOLESCU, 2001; SEVERINO, 2002).

Também os sujeitos deste estudo utilizam, freqüentemente, as **expressões multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade** para explicar o fenômeno interdisciplinar. Algumas vezes, interdisciplinaridade foi definida em contraposição a multidisciplinaridade e a multiprofissionalidade. A compreensão do

fenômeno interdisciplinar, presente na fala dos/as entrevistados/as, faz aproximações com aquelas existentes na literatura e mostra as dificuldades e limites para uma definição única do termo, pois os níveis de articulação do conhecimento são pouco claros e imprecisos. Desse modo, os/as entrevistados/as, a partir da realidade que vivenciam, procuram definir os níveis de integração multidisciplinar e interdisciplinar, estabelecendo as diferenças entre os dois tipos de atuação.

6.1 PROJETO COMUM: A BASE DO PROJETO INTERDISCIPLINAR

Para os/as entrevistados, interdisciplinaridade relaciona-se à existência de um **projeto comum**, construído com base em uma finalidade que se quer alcançar. Projeto e finalidade são de conhecimento de todos/as os/os profissionais envolvidos/as, que juntos/as traçam estratégias, apontam caminhos e intervêm na realidade com vistas a sua efetivação. A finalidade do trabalho em saúde é uma assistência de qualidade aos usuários do serviço e contempla o conjunto dos saberes de cada profissão e uma filosofia de ação. A construção coletiva do projeto ultrapassa a finalidade de cada profissão, adquirindo um caráter coletivo. As realizações são projetadas a partir dessa “filosofia” do conjunto e não das posições individuais de cada disciplina. A construção grupal ultrapassa as fronteiras de cada disciplina dando uma visão mais unitária do fenômeno.

Os diferentes profissionais trabalhando em prol de um mesmo objetivo. Em síntese é isto. Que é a melhoria da saúde da população, em se tratando de saúde. Transcendendo a tua área de atuação enquanto teu local de trabalho. Eu acho que é bem diferente de multidisciplinaridade. Interdisciplinaridade, você faz parte do todo, dando sua contribuição. Não tens uma linha tua, tu tens uma linha do conjunto dentro dessa ação. Para ter interdisciplinaridade, tu tens que ter o conhecimento da tua área, do processo, mas tu tens que ter uma filosofia de atenção. Única. Deste grupo. Voltada para a questão do usuário mesmo (fr/ECP).

Multidisciplinaridade é um modo de atuação em que os/as diversos/as especialistas atuam lado a lado, mas sem o necessário diálogo para que apareçam as relações existentes entre as especialidades. Não há interação entre os/as profissionais, um/a desconhece a ação do/a outro/a, bem como os fatores que determinaram o agir profissional. Na interdisciplinaridade se estabelecem trocas, há colaboração, as ações de cada profissional são de conhecimento de todos/as e todos/as sabem as razões que

levaram ao agir profissional.

Existe uma troca de informações entre os profissionais e essa troca tem um objetivo comum que é a melhoria do paciente. A benfeitoria para aquele paciente. Diferente de multiprofissionalidade, atendimento multiprofissional. O paciente é atendido pelo médico, pela enfermeira, pela nutricionista e pelo serviço social, só que eles não se conversam entre si. Cada um vai lá e faz a sua parte, mas um não conversa com o outro e ninguém sabe o que aquela pessoa fez e porque é que fez. [...] interdisciplinaridade é o contrário, todos vêem o paciente e todos fazem a sua parte. Só que todos sabem o que o outro está fazendo e por qual motivo (m3/ECP).

Acrescenta-se à idéia de interdisciplinaridade a noção de objetivo comum. A existência de um objetivo comum (finalidade) para a concretização do projeto *interdisciplinar* está presente na fala dos/as trabalhadores/as e é compartilhada pela totalidade dos/as profissionais que integraram este estudo. Na realidade de trabalho das equipes estudadas, o objetivo comum aos/as profissionais é *a atenção integral à saúde de pessoas com doenças oncológicas em cuidados paliativos e ao idoso e sua família*, que são os objetos de trabalho das equipes estudadas. Sendo um objeto de trabalho comum aos profissionais que compõem cada equipe envolvida na produção de serviços, é sobre esse objeto que os diversos saberes se debruçam e a partir do qual formulam as ações da equipe profissional.

Essas formulações contemplam o saber de todos/as e as especificidades próprias de cada profissão, sem perder a noção da totalidade da atenção à saúde. O processo contempla uma relação de troca e a busca de associações entre os saberes e as ações. Há, nesse processo, transferência de conhecimento de uma disciplina para outra, sem que se interrompam as conexões com a disciplina de origem. Os conhecimentos específicos convergem para um mesmo ponto, permitindo elaborações conjuntas mais complexas, porque contemplam os saberes de cada disciplina para a composição do todo. No processo, está implícita uma relação de aprendizagem entre os sujeitos sociais. A interdisciplinaridade apresenta um **caráter sistêmico, de processo**.

Poxa! Perguntar isso, o conceito eu já li tantas vezes. A interdisciplinaridade eu acho que é uma transposição de conhecimentos na prática. Etapa a etapa. Há uma troca de conhecimentos e os conhecimentos têm um objetivo comum. O nosso objetivo comum é o idoso e a família do idoso, no sentido de que esta família tende a cuidar. Os conhecimentos e as ações se convergem e sai uma opinião comum [...]. Eu aprendo com a enfermeira, com a assistente social, elas aprendem com a psicóloga e com o médico. [...] Mantém o estilo da profissão, mas não perde a visão do todo. Interdisciplinaridade fica sistêmica (m4/EG).

Eu vi que interdisciplinaridade é uma coisa bem mais ampla do que a gente pensa. É algo mais. É a construção na verdade de um saber coletivo (e4/EG).

A noção de objetivo comum, referida pela totalidade dos/as integrantes do estudo, é partilhada por muitos/as estudiosos/as da interdisciplinaridade (MORIN, 2000; FAZENDA, 1999, 2002a; SEVERINO, 2002; FOLLARI, 2002). Gusdorf (apud POMBO, 2005, p. 2) justifica que a interdisciplinaridade evoca um espaço comum, “um factor de coesão entre saberes diferentes”, em que os/as especialistas das diversas disciplinas estão orientados por uma “vontade” comum e possuem cada um deles/as “boa vontade” para com o processo interdisciplinar. Assim, cada especialista se compromete em “esforçar-se fora de seu domínio próprio”, de sua linguagem técnica, para se colocar em uma aventura, um domínio do qual não é “proprietário exclusivo”. Nesse processo, mantém-se curioso/a, aberto/a para novas descobertas e para as possibilidades de aprendizagem.

Morin (2000, p. 115) defende que é preciso conservar “as noções-chave” que estão implicadas no complexo “inter-multi-trans-disciplinaridade”: cooperação, objeto comum, projeto comum.

Em se tratando de atuação em saúde, o trabalho em equipe, a multiprofissionalidade, a interdisciplinaridade e a integralidade das ações de saúde têm sido propostas pela reforma sanitária do Brasil e vêm sendo incorporadas às políticas públicas de saúde, sob o entendimento de que esses modos de trabalhar são potencialmente representativos de uma assistência de melhor qualidade. Isso porque possibilitam uma visão mais integral do usuário dos serviços, permitem compreender melhor a realidade de vida desses sujeitos, permitem a articulação entre os diversos níveis de atenção à saúde e a cooperação entre os/as diversos/as profissionais, diminuindo a fragmentação presente na realidade do trabalho e dos serviços de saúde.

Campos (1994, 2000a, p. 35) retoma a questão do objetivo comum, do projeto comum e a noção de processo, ao propor um método de trabalho com base em equipes ou Coletivos Organizados, entendidos como “aqueles agrupamentos que têm como objetivo e como tarefa a produção de algum bem ou serviço”. Essa proposta vem da contínua reflexão do autor sobre os modos como são produzidos os cuidados de saúde nas instituições prestadoras de serviço, sobre a divisão fragmentada do trabalho entre

os/as diversos/as profissionais; da gestão dos serviços e do processo de trabalho em saúde.

Para o autor, há necessidade de se trabalhar em saúde com um método que defina responsabilidades individuais, bem como as competências exclusivas de cada profissional e aquelas comuns a todos/as eles/as, para que o trabalho se organize de tal forma que, cada um/a busque ajuda dos/as outros/as colegas quando a situação assim o exigir. Um modo de atuação que preserve as identidades profissionais específicas, combinando polivalência com certo grau de especialização necessária ao desenvolvimento do trabalho em saúde (CAMPOS, 1997, 2000b).

Entende o autor que, compreender a existência de um campo comum no trabalho em saúde contribui para a construção da interdisciplinaridade. A realidade da atenção à saúde apresenta-se como um campo marcado pelas disputas profissionais, por diferentes projetos assistenciais, seja no âmbito das políticas públicas mais amplas de saúde, seja nos micro-espços de trabalho, onde a prática dos/as profissionais ainda é predominantemente fragmentada, de modo que não há espaços construídos de cooperação e articulação profissional. O grande desafio, nesse sentido, é repensar os processos de produção em saúde e a viabilização de espaços em que trabalhadores/as e usuários construam um novo modelo de atenção, com base em objetivos e projetos comuns negociados entre todos/as os/as envolvidos/as (CAMPOS, 2000).

As noções apresentadas por Campos (2000, 2000a) vão ao encontro da perspectiva interdisciplinar desenvolvida pelas equipes estudadas e contemplam idéias de autores/as como Fazenda (1999, 2000, 2002a, 2002b) e Morin (2000), que defendem a construção da interdisciplinaridade e o desenvolvimento do conhecimento interdisciplinar colocando-os como uma “aventura”. Nessa perspectiva, é preciso compreender o trabalho em saúde como um espaço aberto às novas descobertas e a produção da assistência à saúde como uma tarefa complexa.

Morin (2003, p. 29-30) desenvolve a idéia de um pensamento da complexidade, utilizando, dentre outras, a abordagem de sistemas abertos. Destaca, em seus estudos, o potencial da noção dos sistemas abertos para pensar a articulação das disciplinas. Por essa idéia, “é possível conceber a unidade da ciência e a diferenciação das ciências, não apenas segundo a natureza material do seu objeto, mas também, segundo os tipos e as

complexidades dos fenômenos de associação/organização”.

Segundo o autor, é necessário conceber “simultaneamente a possibilidade e a necessidade de unidade da ciência”. Alerta, porém, para o risco da unificação perder o sentido dependendo da forma como é assimilada. A unificação da ciência implica na capacidade de “apreender simultaneamente unidade e diversidade, continuidade e rupturas”. As disciplinas deixam de ser unidades fechadas, mas não perdem sua identidade. Privilegia-se o todo e a parte, o geral e o específico, evitando os pensamentos que são da mesma forma mutiladores: aquele que privilegia o todo em relação às partes (conhecido em nossa realidade como holismo) e o que privilegia a parte em relação ao todo (MORIN, 2003, p. 74).

6.2 AS RELAÇÕES NECESSÁRIAS AO PROJETO INTERDISCIPLINAR

A interdisciplinaridade alicerça-se na participação, no diálogo e na colaboração, “funda-se no desejo de inovar, de criar, de ir além” e desenvolver a capacidade criativa de transformar a realidade. Interdisciplinaridade envolve comunicação e participação, não se resolve com invasão do espaço do/a outro/a, com policiamento, mas com abertura e reciprocidade, que se faz no diálogo entre as disciplinas, e com o reconhecimento de que não existe nada suficientemente conhecido (FAZENDA, 2000a, 2002b). Esses elementos foram identificados nas falas dos/as entrevistados/as, como demonstra o depoimento a seguir:

É essa comunicação franca em que você muitas vezes pode dizer: “olha, não gostei do que tu fizeste, acho que podes estar fazendo melhor”, pode estar revendo, sem que isso seja uma coisa pessoal. Que seja o lado profissional tentando melhorar, tentando crescer. E que cada um traga o melhor da sua formação. Também não adianta eu dizer: “ah eu sou melhor do que a própria psicóloga”. Isso é ridículo, é uma prepotência. Aquela pessoa estudou e tem as ferramentas necessárias. [...]. Porque a gente trata com esses pacientes, às vezes tão avançados, e acha que eles precisam muito mais de carinho e compaixão. E não é só isso. Eles precisam de ação. E ação vem com o conhecimento. Eu todo dia estou lendo uma coisa nova que eu descubro. Meu Deus, como eu posso fazer isso melhor! E eles me trazem também, todo dia: ‘não doutora vamos fazer o curativo diferente, vamos estar fazendo desta forma’. Então, acho que é essa busca contínua [...]. Cada um trazendo essa bagagem. Essa abertura da pessoa se sentir parte do processo. Eu acho que isso é interdisciplinaridade. Todos os outros conceitos se perdem um pouco. Porque se houver estrelismo, se houver castração... Eu digo, se você quer trabalhar em equipe, mas a sua palavra é a última que vale, aí tem que recuar. Não é assim que tem que funcionar (m1/ECP).

Para Fazenda (2003b, p. 69),

a metodologia interdisciplinar, em seu exercício, requer como pressuposto uma atitude especial ante o conhecimento, que se evidencia no reconhecimento das competências, incompetências, possibilidades e limites da própria disciplina e de seus agentes, no conhecimento e na valorização suficiente das demais disciplinas e dos que a sustentam.

Wallner (2002, p. 92) também se refere à abertura e seus significados no processo interdisciplinar. Para o autor, abertura diz respeito à disponibilidade de refletir sobre a finalidade do trabalho, bem como das estratégias utilizadas para chegar a determinado fim. Afirma, ainda, que as fronteiras entre as especialidades não podem mais exigir “compromissos de fidelidade”, uma vez que a passagem entre as fronteiras passa a ser uma necessidade do conhecimento e da superação dos limites da fragmentação.

Ao trazer a concepção de interdisciplinaridade, os/as entrevistados/as apontam para as interações que se estabelecem na relação interdisciplinar. Sustentada pela troca de saberes, pela colaboração e cooperação entre os/as diversos/as profissionais, a interdisciplinaridade contempla a aprendizagem de saberes de outras disciplinas, um/a precisa ter acesso ao conhecimento do/a outro/a, desenvolver uma relação de ajuda em que todos/as ganham, profissionais e usuários.

É uma troca entre os profissionais. Na prática mesmo, é isso. Cada profissional colabora com o seu saber, procurando trocar com os outros [...]. Tem que saber de tudo um pouco, até para entender o trabalho do outro e para o paciente ser atendido de uma maneira mais integral. Não adianta eu saber só da minha área, se não sei por que o médico deu tal medicação, o que é tal doença, o que está interferindo na patologia, porque aquele paciente está de determinada maneira. É essa troca de saberes (as2/EG).

Cada um tem a sua especificidade, com o que foi trabalhar, mas cada um dentro da sua especificidade, contribui com o todo. [...]. A parte que cada um construiu pra si, ele expande o conhecimento pra que todos também tenham. [Quando] eu coloco a minha parte, que o outro aprende a minha parte ele tem condições de fazer um trabalho melhor e ajudar a mim a fazer um trabalho melhor. Eu vou até ali, mas dali eu não sei o que fazer, nada impede que ele contribua com o meu trabalho. Ele sabe até aonde vai, no sentido de conhecimento, tem a noção do que eu faço. Aquilo não me fere em nada, pelo contrário. Todo mundo crescer junto, por um fim que se tem (nt/ECP).

A gente tem um paciente que tem múltiplos problemas, por isso nós temos múltiplos especialistas. Acho perfeitamente natural que cada um opine de acordo com sua especialidade, da sua área. A mistura destes conhecimentos é que vai chegar a uma conclusão, uma solução para aquele problema que nós temos. [...] Talvez em outros lugares não seja assim, mas eu vejo isso como uma forma natural de solução dos problemas. Não é conflito, não é nada. É assim: sabes mais? Então tá! A minha opinião é essa, o meu conhecimento vai até aqui, o teu vai daqui em diante, então

vamos completar para que chegue a uma solução [...]. É o ideal. Esse intercompletamento de conhecimentos, a busca e o encontro conjunto de soluções e a resolução de problemas. [...] A gente tem que exercitar isso aí (m2/ECP).

As falas acima salientam a perspectiva complexa, que diz respeito à impossibilidade de isolar unidades elementares mais simples de sua base complexa. “Há necessidade de ligar o conhecimento dos elementos ou partes ao conjunto que elas constituem”, dada a inadequação das disciplinas de tratar os problemas reais que são cada vez mais multidimensionais (MORIN, 2000, 1999, p. 332).

Remetem também a Etges (2002, p. 70-73) e suas elaborações referentes à comunicação dos conhecimentos na esfera interdisciplinar. Para o autor, a interdisciplinaridade é necessária para mediar a comunicação entre os/as pesquisadores/as e entre eles/as e o mundo. Para comunicar seu saber, o sujeito precisa “deslocar seu conjunto de proposições para fora de sua linguagem específica”, tornando-o acessível ao outro. Cria-se uma linguagem comum entre os sujeitos de diferentes especialidades, “mediante a qual eles compreendem o construto do outro e o seu próprio”. Isso não significa a criação de uma nova teoria, mas “a compreensão do que cada um está fazendo” e a possibilidade de lançar mão de estratégias de ação que antes os diversos sujeitos envolvidos desconheciam. Não se configura também na redução da ciência a um denominador comum, que acaba por destruir a especificidade de cada uma das disciplinas, em prol de uma generalização vazia, que nada explica. “Na interdisciplinaridade, todos devem ganhar”.

Analisando a questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva, e considerando a complexidade dos problemas que se apresentam à humanidade, Nunes (1995, p. 110-111) afirma que os pressupostos da interdisciplinaridade têm sido abordados desde há algum tempo, seja pelos modelos conservadores de interação bio-psico-social, seja pelo modelo crítico da epidemiologia social. Afirma o autor que “tanto as experiências vivenciadas pelos/as profissionais de saúde como a necessidade premente de pensar um objeto - a saúde, que em sua dimensão real exige uma visão multifacética, situam a interdisciplinaridade como horizonte necessário”.

Para os/as integrantes do estudo, a articulação disciplinar exige que cada profissional conheça profundamente a perspectiva de sua disciplina, para poder se colocar diante dos/as outros/as profissionais. Exige também conhecimento das outras

disciplinas envolvidas, com vistas a uma compreensão mais global do objeto.

Primeiro, o conhecimento da tua profissão, para estar por dentro daquilo que tu fazes. E também do que tu vais atuar, de onde vais atuar. Se vai atuar com diabetes, tens que saber como é que funciona aquela patologia, aquele atendimento que você vai dar (as2/EG).

Lógico que todos podem dar e trocar opiniões, mas, para eu responder quando você me diz que tal medicação está dando problemas para o paciente e que talvez fosse melhor trocar, tenho que ter conhecimento para avaliar. Aí é o grande tchan da interdisciplinaridade. Você, de fora, consegue ver coisas que eu, dentro da minha especialidade, não consigo. [...] A grande sacada é ajudar, estar interferindo dentro da sua área. Pode ser essa troca. É uma coisa tão subjetiva e não existe nos livros. Isso se faz pelo contato. Não é cada um se enfiando num canto, é o contrário. É a equipe que vai descobrindo. É só no convívio das equipes que a coisa vai fluindo e vai acontecendo (m6/EG).

Tens que ter conhecimento para argumentar. Quando a gente discute programa de internação domiciliar, eu tenho que ter conhecimento daquela família, daquele paciente, da doença que ele tem (e1/ECP).

Follari (2002, p. 100) defende uma formação disciplinar consistente precedendo a formação para a interdisciplinaridade, pois “não se pode entre-mesclar o que não se conhece”. Cada profissional, cada pesquisador/a, primeiramente, tem que dominar sua especialidade, sem a qual o processo de produção do conhecimento fica enfraquecido.

Morin (2000) também destaca que os conhecimentos gerais, sem o domínio das especificidades, constituem um saber do mesmo modo mutilado. Um conhecimento pertinente, para esse autor, é aquele que consegue contextualizar o todo na parte e a parte no todo.

Além disso, para os/as estudiosos/as da interdisciplinaridade, na configuração de uma proposta interdisciplinar também é necessário que um/a profissional seja introduzido/a na área de seu colega e vice-versa. É importante que cada problema não resolvido por uma das áreas seja remetido a uma área vizinha, onde é submetido a um novo entendimento. É no espaço em que um/a profissional não consegue formular uma intervenção que o/a outro/a pode “iluminar o caminho com alguma proposta de intervenção”. Isso exige que os/as profissionais se coloquem humildemente “à disposição um do outro e do caso”, é necessário que se coloquem curiosos/as e interessados/as pela área do/a outro/a e se disponham a conhecer as ferramentas de trabalho, as teorias, os conhecimentos que levam ao agir profissional de seus parceiros/as (FAZENDA, 2002a; IRRIBARRY, 2003, p. 483-409).

Considerando as perspectivas de Morin (2000), Follari (2002), Fazenda (2002a) e Irribarry (2003), é possível afirmar que a percepção dos/as integrantes do estudo está de acordo com essas concepções da interdisciplinaridade. A interdisciplinaridade evoca um conhecimento profundo de cada uma das profissões, bem como o conhecimento da totalidade que elas compõem ou podem compor.

Segundo os/as entrevistados/as, a necessidade da articulação interdisciplinar vem do aumento do volume de conhecimentos acumulados na área da saúde, que, na realidade atual, ultrapassa as possibilidades de intervenção de um/a único/a profissional. Portanto, faz-se necessária a participação de um conjunto de profissionais na atenção aos seres humanos portadores de carências de saúde.

Volume de conhecimento na área da saúde, não apenas médico, mas também na enfermagem, na nutrição, na fisioterapia, na psicologia. Um profissional não consegue mais saber tudo. [...]. Existe ainda a figura do médico como norteador, quem toma as decisões principais do tratamento. Mas o médico não tem como fazer tudo [...]. É necessária a participação dos outros profissionais. [...] Cada um tem um aprofundamento maior na sua área de atuação e de conhecimento. [...] É importante essa troca de informações entre profissionais, para um melhor atendimento aos nossos pacientes (m3/ECP).

Eu consigo sempre conhecer melhor o paciente. Eu tenho contato com a nutrição, [...] com os médicos, com a enfermagem. [...] O maior benefício, com uma equipe destas é para o paciente. [...] Preciso dos outros profissionais. Não consigo trabalhar sozinha. Preciso saber como o paciente está, [...] perspectivas de melhora, e isso a equipe me ajuda bastante. [...] Poder estabelecer a tua assistência para a equipe (fs/ECP).

Ter a noção do todo, pra mim, é muito importante, não consigo trabalhar vendo só – a especialidade, porque ela depende de muita coisa. Está inserida no contexto. [...] Não estar sozinha, pra mim, é super (nt/ECP).

Tem que ter flexibilidade. Complacência para poder reconhecer que o conhecimento da área dele não é o máximo, que precisa ter complementos. Essa foi a primeira coisa que eu aprendi, ter essa complacência e saber que a minha assistência ao meu idoso só ia melhorar com apoios. Com a minha integração com a enfermagem, com o serviço social e com a psicologia, que foram os grupos que a gente conseguiu trabalhar mais (m5/EG).

O trabalho em saúde coloca a necessidade de compreender o ser humano em sua complexidade, pois a atuação profissional ultrapassa os limites da saúde e da doença. Nesse sentido, a consolidação dos conhecimentos pela prática interdisciplinar facilita o aprendizado na área psicossocial, que é mais explorado por algumas profissões como, por exemplo, serviço social e psicologia. Propicia também uma compreensão mais ampla da vida e de suas múltiplas dimensões.

O objetivo final é alcançado. Tu vês a família. Facilita a assistência, que é o nosso objetivo final com o idoso. Facilita um aprendizado na área psicossocial [...]. E também na área do cuidado que a enfermagem tem. O médico não tem muita formação nesta área e aprende (m5/EG).

Conhecimento técnico tem que ter, mas eu acho que é importante o relacionamento, o respeito ao outro. No caso específico de aceitar o seu próprio processo de envelhecimento, porque quem não aceita o seu processo de envelhecimento não consegue trabalhar com a gerontologia. Tu estás te vendo! Eu sou você amanhã. Ter paciência. Tem que respeitar as diferenças. Não adianta só estudar, tem que pensar, tem que incorporar isso. O idoso é uma faixa etária, mas ele é igual a todo mundo. É uma pessoa que envelheceu, mas continua a mesma pessoa. E às vezes a gente não vê isso. Tem vontades, tem desejos. O físico envelheceu, mas as outras características permanecem inalteradas. Rabugento ele vai ser, mas ele pode dançar se gosta disso. A não ser que tenha impedimentos físicos (e4/EG).

A fala do/a profissional enfermeiro/a nos remete a pensar a questão da objetividade/subjetividade, sujeito/objeto no trabalho e na produção do conhecimento em saúde. No trabalho assistencial em saúde, objeto de trabalho e trabalhador/a pertencem a uma mesma categoria – o ser humano. Compreender a multidimensionalidade do objeto de trabalho, em sua trajetória de vida – nascer, crescer, envelhecer, morrer -, implica em reflexão e reconhecimento de sua própria condição humana.

Frigotto (2002, p. 32-33) destaca o desafio colocado à ciência quando o objeto que se quer conhecer “é a própria práxis humana”. Para o autor,

quando nos esforçamos para conhecer determinado aspecto ou fato das múltiplas práticas e relações sociais que os homens estabelecem num determinado tempo, numa determinada cultura, percebemos que mediata ou imediatamente o sujeito que busca conhecer este aspecto da realidade está nela implicado.

Morin (2000, 2003, p. 37), partindo da crítica à ciência positiva, que a tudo separa, fragmenta, isola, tece algumas considerações sobre a cultura científica e as ciências humanas, em suas contribuições para pensar a condição humana. Para o referido autor, um grande paradoxo da ciência atual é que “sujeito e objeto são indissociáveis, mas o nosso modo de pensar exclui um pelo outro”. A objetividade científica põe ausente da ciência e das práticas o sujeito e sua subjetividade. Essa tem sido, hegemonicamente, a orientação da formação dos/as profissionais de saúde na realidade, em que prevalece o estudo da doença e suas causas, sendo que essa passa a ser mais importante que o próprio ser humano.

Segundo o autor, as ciências humanas retiraram todo o conteúdo biológico do

significado de ser criança, ser jovem, ser adulto, ser velho, remetendo-os a categorias socioculturais. As ciências biológicas retiraram, da mesma forma, tudo que é humano desse ser vivo, esquecendo que ele traz “o mundo físico, o mundo químico, o mundo vivo, e, ao mesmo tempo, deles estamos separados por nosso pensamento, nossa consciência, nossa cultura” (MORIN, 2000, p. 37).

Porém, “conhecer o humano não é separá-lo do universo, mas situá-lo nele”. Pensar de onde se veio, para onde se vai, onde se está, é inseparável de saber quem se é, e condição fundamental para um conhecimento pertinente, que contextualiza seu objeto. Sujeito e objeto são constitutivos um do outro, são interdependentes (MORIN, 2000, 2003, p. 64).

Esse aspecto surge, diversas vezes, nas falas dos/as integrantes do estudo, reforçando as solidariedades, as noções de pertencimento que estão presentes na relação profissional de saúde e objeto de trabalho.

Hoje é o [usuário, familiar] que está aqui nesta cadeira, amanhã posso ser eu, pode ser alguém da minha família (as1/ECP).

Outro/a entrevistado/a aponta que a compreensão do ser humano em sua multidimensionalidade exige mudanças, inclusive, na abordagem do usuário. Se os problemas têm causas múltiplas, a solução, muitas vezes, pode ser encontrada fora da medicina. A interdisciplinaridade, nesse sentido, aponta para um modelo centrado não mais no biológico, não mais na doença, mas sim na pessoa humana.

É uma equipe que tem todos no mesmo patamar. O médico, o enfermeiro, o psicólogo. Eu fiquei besta quando eu soube que esse curso aceita engenheiro, enfermeiro, qualquer um profissional. O que eu entendo disso? Cada um dentro da sua profissão pode ser bastante criativo para ajudar. O enfoque hoje é: qual é o problema? É só a dor no coração? Eu não vou conseguir curar aquela dor se aquilo não é o remédio. Se ele tem uma dificuldade fora que está causando [o problema]. Tem que tentar descobrir. E depende só do médico? Não. Pode depender do enfermeiro, do engenheiro (m6/EG).

Nessa perspectiva, os/as profissionais médicos/as refletem sobre a sua formação universitária, centrada em saberes técnicos, sem uma visão mais crítica da realidade e que não os/as prepara para a atuação em equipe, trazendo dificuldades para a vida profissional.

Apanho um pouco, porque eu nunca fui política [...]. É diferente. [...] Uma visão trans que eu me perco. [...] A minha formação foi técnica, [...]. Não é mais assim.

[São] as políticas tais, o SUS. [...] Não é só mais o enfoque. [É] mais ampla (m6/EG).

A formação profissional em saúde e sua adequação para dar conta dos problemas de saúde da população têm sido amplamente discutidas por diversos/as autores/as.

Na área médica, Nunes (1995, p. 111) discute as dificuldades existentes no “modelo vigente de formação profissional, que reforça uma formação clínica na vertente das ciências biomédicas deslocando o social para a periferia da formação” e expõe a necessidade de projetos de ensino que possam vencer as barreiras que vêm, historicamente, privilegiando uma determinada maneira de formação de pessoal para a saúde.

Na enfermagem, debate-se a mudança na prestação da assistência, que requer reestruturação das instituições de ensino e de saúde, com vistas ao desenvolvimento de formas mais horizontais, solidárias e criativas de exercício do trabalho, a reflexão sobre a fragmentação e hierarquização do trabalho em saúde, com vistas à criação de novos modelos assistenciais (FERRAZ, 1990).

Capra (1982, p. 315) discute a interferência do modelo biomédico hegemônico na determinação das práticas de saúde, na organização da assistência e no modo dos/as profissionais entenderem a saúde e a doença e suas relações com os demais fatores relacionados à vida das pessoas. Assim, como outros/as autores/as, entende que o grau de complexidade dos problemas percebidos no campo da saúde não comporta abordagens isoladas; a realidade das pessoas que procuram os serviços de saúde transcende as fronteiras disciplinares; “a saúde é um fenômeno multidimensional que envolve diversos fatores, todos interdependentes”.

Morin (2000, p. 15) tem empreendido uma discussão acerca da necessidade de reforma do atual sistema de ensino, em todos os níveis. Para o autor, desde a educação na escola primária se aprende “a isolar os objetos (de seu meio ambiente), a separar as disciplinas (em vez de reconhecer suas correlações), a dissociar os problemas, em vez de reunir e integrar”. Separa-se “o simples do complexo”, separa-se o que está ligado e não se aprende a recompor o que foi fragmentado e a constituir um todo coerente. “Nessas condições, as mentes perdem suas aptidões naturais para contextualizar os

saberes e integrá-los em seu conjunto”.

Esse modelo, amplamente praticado na sociedade, é também desenvolvido na formação dos/as profissionais de saúde. As insuficiências desse modelo, já há algumas décadas, vêm sendo denunciadas, no sentido de que ele não dá conta de compreender a situação de saúde e doença das pessoas, nem de provocar as mudanças necessárias na realidade.

Para Morin (2000, p. 18),

o enfraquecimento de uma percepção global leva ao enfraquecimento do senso de responsabilidade – cada um tende a ser responsável apenas por sua tarefa especializada, bem como o enfraquecimento da solidariedade – ninguém mais preserva seu elo orgânico com seus concidadãos.

A tendência à especialização, segundo esse autor, vem tornando o conhecimento técnico cada vez mais “acessível apenas aos especialistas”, que possuem competências situadas em áreas restritas, porém, esses/as especialistas “tornam-se incompetentes quando este conhecimento é perturbado por influências externas ou modificado por um novo conhecimento”. Nessa perspectiva, defende uma educação que favoreça o desenvolvimento das aptidões gerais da mente, pois “quanto mais desenvolvida é a inteligência geral, maior é a sua capacidade de tratar problemas especiais” (MORIN, 2000, p. 19-22).

Intelectualmente, as disciplinas são plenamente justificáveis, desde que não ocultem realidades globais. Tratando-se da noção de ser humano, essa se encontra fragmentada entre diversas disciplinas das ciências biológicas e das ciências humanas, de modo que cada uma delas estuda “partes” isoladas desse objeto. Os múltiplos aspectos da realidade humana, estudados nas diferentes disciplinas, “só podem adquirir sentido se, em vez de ignorarem esta realidade, forem religados a ela” (MORIN, 2000, p. 111).

Santos (2002), ao avaliar a atuação profissional de professores/as, apresenta também algumas contribuições para pensar a formação e a prática dos/as profissionais de saúde. Para a autora, a atuação profissional, dentre outros fatores, é fortemente influenciada pelos modelos de ensino internalizados ao longo da vida, dos quais se apropria de diferentes esquemas práticos, modificando-os ou recriando-os de maneira

nova. A formação profissional inicia antes do ingresso à escola; ela já vem de imagens introjetadas sobre o mundo, sobre o campo de atuação, a função do/a profissional, bem como de experiências pessoais. Assim, além de necessário analisar os modelos que orientam os cursos de formação profissional, é importante discutir como se processa a formação em serviço, ou seja, como o/a profissional é formado/a durante o desempenho de sua atividade profissional. Nessa mesma direção, é preciso compreender a constituição do saber e a construção da identidade em cada área profissional, para que se possa rever e redefinir o papel do/a profissional, comprometido com sua prática.

A nova realidade do trabalho vem cobrando mudanças na prática dos/as profissionais de saúde. A emergência de novos modelos de gestão e organização do trabalho coloca a necessidade não mais de atividades parceladas, mas ações conjugadas, apoiadas “em processos de aprendizagem sustentados numa compreensão global desses processos e com alto investimento na capacidade de compartilhar tarefas e intervir criativamente” (LINHARES, 1999, p. 25).

Nessa perspectiva, a atuação interdisciplinar cobra dos órgãos formadores uma visão ampliada sobre as múltiplas dimensões que envolvem a vida, a saúde e a doença, bem como das instituições prestadoras de serviços, um compromisso com a educação permanente dos/as profissionais.

Ainda com base nessa discussão, os/as entrevistados/as trazem as dificuldades que surgem quando da inclusão de novos/as profissionais às equipes, pelo despreparo destes/as para a atuação interdisciplinar.

Nesse sentido, a equipe gerontológica aborda a inclusão de profissionais voluntários/as, quando estes/as desejam apenas aprender sobre a atenção ao idoso, sem se envolver com o processo da equipe.

E todo o pessoal da área médica que quer trabalhar; eu insisto que nós somos uma equipe e que temos que trabalhar em equipe. Temos que respeitar todos os profissionais. Graças a Deus, isso aí tem dado certo. Quando eu vejo que não tem, inclusive, veio uma vez um rapaz eu vi que não tinha... Ele veio duas vezes. Eu disse que ele não tinha o perfil, ele pensasse um pouquinho, desse um tempinho. Não voltou mais, ele viu que não tinha, só queria ver doença, não queria respeitar a opinião da enfermeira, [...] a opinião da assistente social. [...] Elas conhecem a clientela. Dá uma base pra gente atender, porque elas conhecem a família, elas conhecem todo mundo (m5/EG).

Na equipe de cuidados paliativos, essa dificuldade está presente quando da inclusão de médicos/as residentes. Segundo os/as integrantes do estudo, muitos/as residentes chegam sem base para o trabalho em equipe, desconhecem a dinâmica do trabalho interdisciplinar e tentam impor suas decisões, gerando conflitos no grupo.

Quando troca os residentes, porque tem residentes que tem dificuldades, você bate de frente; eles vêm de uma escola autoritária. Já teve residente aqui que a equipe fluía maravilhosamente bem, eles respeitam, tem uma outra visão. O pior é quando você está fazendo um trabalho bom, muda residente, e, dependendo do residente que vem, vai por água abaixo (to/ECP).

[Alguns] residentes têm um trabalho mais deles, mais reservado. Dificulta bastante, não deixa fazer um trabalho por igual. Eu gostaria de partilhar com ele algumas coisas, entender melhor e eu não consigo, porque a barreira está aí. [...]. Eu não sei trabalhar assim, desta maneira. O meu entendimento é diferente. É de estar sempre partilhando, sempre falando, sempre... (nt/ECP).

Pelas características do processo de trabalho ambulatorial, na equipe gerontológica, e da atenção hospitalar, na equipe de cuidados paliativos, observa-se que o reflexo da inclusão de novos/as profissionais afeta diferentemente as duas equipes estudadas.

Na equipe de cuidados paliativos, as dificuldades tornam-se mais evidentes, uma vez que a inclusão de residentes na equipe hospitalar interfere em todo o funcionamento do trabalho. Nessa equipe, a inclusão de médicos/as residentes é reconhecida como um momento difícil, tanto para os/as trabalhadores/as da instituição como para os/as próprios/as residentes, pois implica em diversos fatores, que vão desde compreender e aceitar a dinâmica da equipe, compreender a vivência da interdisciplinaridade e trabalhar a mudança de abordagem para cuidados paliativos.

A formação universitária nos cursos da área da saúde e, especialmente, na área médica, não privilegia a abordagem multi/interdisciplinar e, sim, a atuação com base nas ações individuais e fragmentadas. No que se refere aos cuidados paliativos, esses/as residentes, que integram a especialidade de oncologia, passaram anteriormente pela residência em clínica médica, áreas em que desenvolvem uma abordagem voltada para o consumo de tecnologias diagnósticas e de tratamento não condizentes com a realidade da pessoa com doença terminal, sem possibilidades terapêuticas. Decorre daí um tempo necessário para a aprendizagem, para a adaptação a essa abordagem e esse tempo é marcado por dificuldades e sofrimentos.

A equipe multidisciplinar é ótima, não tenho o que dizer. Ela deveria estar presente na clínica médica também. [...] Não existe dificuldade, a não ser tu ter que dividir tuas opiniões com as pessoas. Agora, a mudança da medicina geral, [da] clínica para cuidados paliativos, ela é uma coisa lenta e a gente tem que ir aprendendo aos poucos. Os dilemas, as posturas, são diferentes. A gente acaba aprendendo que existe um meio termo entre a clínica médica, o intensivismo e o paciente terminal, o paciente de suporte. Não o abandono completo, de que não há mais nada pra fazer e não o investimento completo, mas um meio termo entre os dois. A gente sai de uma medicina extremamente intensivista, que investe demais na pessoa, independente do prognóstico, e vem para uma outra estrutura, que pensa diferente. Pensa em qualidade de vida, independente de quanto tempo seja essa vida. Melhor viver um mês com interação com a família, com qualidade, que três meses acamado, na UTI, com tubos, sem contato. [...] A gente demora a conseguir ver, perceber e tem que estudar. Depois de um tempo, a gente percebe que talvez existam decisões melhores do que aquelas que a gente tomava na clínica médica. [...] nós não somos médicos da equipe, mas temos formação, temos 2 anos de experiência, temos condições de conduzir um caso. Quem está aqui todo o tempo somos nós. [...] Essa condição de uma mudança de uma conduta para outra postura, isso é transição, demora muito tempo mesmo. [...] Eu já tive a minha transição. Hoje, as coisas estão mais claras. Talvez você pudesse entrevistar um da turma que está entrando pra ver o choque inicial. [...]. É difícil. É complicado o começo (m4/ECP).

Assim, para o/a residente, o “choque” inicial, quando da entrada para o serviço, constitui um dos momentos mais difíceis da residência. Além de adequar os conhecimentos já adquiridos a uma nova realidade, o despreparo para a atuação em equipe constitui-se em um aspecto importante a ser trabalhado. A noção de trabalho em equipe, de interdisciplinaridade, segundo o/a entrevistado/a, não é desenvolvida na academia. O/a profissional médico/a, embora não domine as técnicas e conhecimentos específicos de cada profissão, é formado para centralizar a terapêutica e o processo decisório da equipe multidisciplinar difere dessa orientação. Na prática interdisciplinar, as decisões são compartilhadas e a programação da assistência ocorre com base em uma atuação mais integrada entre os/as profissionais. Desse modo, se, por um lado, a atuação do/a residente na equipe interdisciplinar é marcada por dificuldades, também é considerada um momento rico para a formação profissional e uma experiência única para apreender a atuação em equipe.

Eu nunca tinha tratado ninguém em cuidados paliativos. Estou sendo treinada pra isso. O meu aprendizado é no dia a dia. Eu tenho uma carga de conhecimento que trago da faculdade, da residência de clínica e que eu quero aplicar. Só que, nos cuidados paliativos, a gente tem que dividir isso demais. Nem sempre a minha decisão é a melhor, a melhor decisão é aquela tomada em conjunto. Sempre! Tem pessoas que já viveram essas experiências mais vezes e podem ter uma opção diferente do que é a minha inicialmente. Cada dia é um aprendizado. [...] quando estuda medicina, não tem uma noção de como é importante esta parte multidisciplinar. A gente estuda, sabe que têm que ser feitas algumas condutas quanto à nutrição, a medicamentos, a farmácia, a enfermagem, a parte assistencial, mas não é treinada e não tem noção de como fazer. Como médica, tenho noção de

que tenho que programar e dar a assistência, mas eu não sei fazer isso. Então, a equipe muda demais. O peso sobre as minhas condutas diminui e o resultado final é muito melhor. Se depender só do médico ou só da enfermeira tomar uma conduta, o resultado final não vai ser o mesmo. O radiologista, por exemplo, não tem a noção do trabalho em grupo. [O trabalho dele] é puramente técnico. Ele não depende da parte humana, que o pessoal de enfermagem traz, que é muito importante, da nutrição, da farmácia, [...], de todos. Acredito que todos os médicos que trabalham com enfermidades crônicas deveriam ter a visão que a gente tem nos cuidados paliativos (m4/ECP).

É [mais] positivo, mais pra eles que pra nós. [...] Todo ano a gente recebe uma dupla nova e é um exercício fantástico. [...] Recebe pessoas que são extremamente receptivas [...] e pessoas que são resistentes até a morte. [...] O residente é um profissional que assume trabalho, mas são profissionais de várias formações. Tu imaginas um intensivista em cuidados paliativos. O cara queria entubar os pacientes. Sofreu muito lá dentro. [Uns] se adaptam com maior facilidade, outros não, mas difícil pra eles é esse momento da reunião. Ouvir a equipe, acatar as decisões. Isso costuma causar conflitos? Algumas vezes sim porque como eles são novos, estão neste processo. [...] Tem que ter noção de que eles não são qualquer pessoa. São médicos clínicos que tem uma bagagem que precisa ser considerada tecnicamente (e1/ECP).

A problemática da introdução de novos/as integrantes nas equipes interdisciplinares faz refletir sobre a formação profissional na realidade e as condições para o exercício da interdisciplinaridade.

Em primeiro lugar, não se trata, conforme sinaliza Ceccim (2004), de questionar o lugar da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade nas práticas de saúde, uma vez que elas já estão colocadas na realidade. Trata-se de admitir sua necessidade e de negociar na realidade as condições para sua efetivação; de entender o atual

processo educacional, que deveria ser capaz de desenvolver as condições para o trabalho em conjunto dos profissionais de saúde, valorizando a necessária multiprofissionalidade para a composição de uma atenção que se desloque do eixo – recortado e reduzido – corporativo-centrado, para o eixo plural e complexo – usuário-centrado (CECCIM, 2004, p. 259).

Para o autor, seria extremamente simplista acreditar que “a formação de um profissional de saúde resulta apenas de um processo de aquisições cognitivas e comprovação de habilidades de discernimento intelectual”. A formação profissional envolve “as políticas de ensino, as políticas do exercício profissional e as do trabalho em saúde”. Envolve, também, interferências ou “intercessores” que constituem os/as profissionais de saúde como profissionais, levando-os a agir profissionalmente (CECCIM, 2004, p. 261).

Nas equipes estudadas, o projeto de atuação interdisciplinar pauta-se na perspectiva de uma assistência mais integral aos usuários dos serviços e na qualidade

de vida como eixo central da atuação.

Ceccim (2004, p. 263-264) lembra que a atenção orientada para a integralidade demandaria a capacidade dos serviços e dos/as profissionais de corresponder a todos os aspectos que envolvem a experiência concreta do adoecimento, o que configura um projeto terapêutico complexo, cuja resposta não pode ser construída a partir de um único segmento profissional.

Nesse sentido, afirma o autor que

todas as profissões de saúde existem em um campo de saberes e de práticas que justificam a organização da clínica como prática com vigor terapêutico capaz de interferir no processo de ser saudável-adoecer-curar-se. O que caracteriza uma profissão é a existência de um núcleo de saberes e de práticas com vigor de reprodução social nos sistemas de ensino e de formação, nos sistemas de exercício profissional e nos sistemas de trabalho. [...] Cada profissão tem uma nascente e uma história de proveniência, emergência e reprodução, não conseguindo sobreviver sem a produção de conhecimentos e a prestação de serviços que a ela configurem a profundidade e a responsabilidade com a melhoria do estado de saúde, com a construção e o fortalecimento de instrumentos de intervenção e com a ampla porosidade aos usuários das ações e serviços de saúde. Essa condição não dá a nenhuma das profissões a soberania sobre a terapêutica, impõe o trabalho e a educação em equipe – por isso, um dos problemas acumulados no campo da educação dos profissionais de saúde é que ela não tem previsto e ensinado a trabalhar, a aprender e a aprender a trabalhar em equipe... (CECCIM, 2004, p. 265-266).

É preciso entender que a perspectiva interdisciplinar em saúde ainda não faz parte da formação e da organização do trabalho dominante; portanto, requer aprendizagem, sendo que ela é processual, fazendo-se ao longo da formação e inserção na profissão. Para favorecer essa aprendizagem, há de se abrir espaços que permitam a participação dos/as residentes e profissionais voluntários/as no processo decisório das equipes interdisciplinares. É preciso considerar que a aprendizagem nesse espaço pode contribuir para a formação futura de outras equipes, em outras realidades.

6.3 EQUIPES INTERDISCIPLINARES: EXPERIÊNCIAS SINGULARES

Para os/as integrantes do estudo, é no próprio processo, exercendo a interdisciplinaridade, que se aprende a ser interdisciplinar. Cada **experiência é única** e o processo de interação/articulação interdisciplinar acontece de modo diferenciado, dependendo da experiência acumulada pelos diferentes grupos específicos e das

possibilidades colocadas pela evolução da ciência em cada momento histórico, bem como das necessidades sociais.

Uma vez, eu falei que nós temos a solução e o problema no mesmo lugar. [A interdisciplinaridade] não é uma fórmula que possa passar para alguém ou [...] para o papel e dizer que é assim que nós fizemos e se vocês fizerem igual vai funcionar. Isso é o nosso problema e ao mesmo tempo a nossa solução. É a solução, porque o fato destas pessoas terem se agregado por vontade própria pra trabalhar desta forma e nesta área faz que tudo isso funcione. Por outro lado, é o nosso problema, porque é muito difícil de reproduzir. [...] Nós não temos a fórmula, a receita do bolo, pra termos chegado aonde nós chegamos. [...] Pelo menos um saldo positivo fica, que talvez [...] Você pode destacar no teu trabalho: é possível! Nós estamos fazendo uma coisa aí todo dia, nós nos reunimos, discutimos, discordamos, vamos na direção certa, na direção errada, mas todo dia provamos que é possível. [...] Você vai poder dizer: esses ‘caras’ conseguem, eles fizeram isso. Eles não sabem muito bem como, mas que eles fazem, fazem. E se foi possível aí, é possível fazer de novo (m2/ECP).

Ainda não está na interdisciplinaridade, não do jeito que eu gostaria, pelo tempo que o grupo já tem. Poderia estar mais. Estes dias, o pessoal da buco-maxilo veio falar comigo como é que se faz para trabalhar em grupo? Você precisa sentar conversar com uma enfermeira, com a enfermagem, lá no departamento, conversar com o serviço social, senão não forma. Mas tem que começar [reunindo-se pra que] mobilize todos (m5/EG).

Esta idéia é compartilhada com Fazenda (2002b, p. 51), para quem cada experiência interdisciplinar tem características próprias e “toda prática verdadeira está correlacionada ao fim (finalidade) que o homem tem em vista e a seu engajamento no processo produtivo”. Nesse sentido, é fundamental que “o ser humano perceba-se a si próprio pelo acúmulo de conhecimentos sobre a prática que adquire ou adquiriu em sua vida”. Embora as situações não se repitam de forma igual em contextos diferentes, as respostas dadas às situações podem ser aproveitadas em situações similares.

A vivência da interdisciplinaridade pelos/as integrantes das equipes estudadas é um processo de busca constante de “vir a ser”. No processo interdisciplinar, sempre há em que avançar, não existe o acabado, o que faz da interdisciplinaridade uma construção permanente na prática. Não há linearidade no processo e os grupos convivem com a incerteza de estar ou não no caminho correto. São frequentes os momentos de retorno a uma prática que se identifica com o multidisciplinar e até mesmo disciplinar, o que torna necessária a reflexão e o repensar da equipe para a retomada da proposta grupal.

Nós até tentamos. Acho que algumas vezes nós conseguimos. A maior parte das vezes. Nós já passamos por períodos aqui dentro que a gente acaba observando que o trabalho não está sendo interdisciplinar. Quando observa isso, a gente dá uma parada, puxa no freio, dá marcha a ré e vê o que está acontecendo. [...].

Normalmente ao longo do ano [...] acontece, por cansaço, acho que por esgotamento dos indivíduos, um pouco de desligamento. Acaba virando aquela rotina... E daí, depois das férias, que as pessoas voltam mais tranqüilas [...] volta tudo de novo. Voltam os projetos de trabalho em conjunto e as coisas caminham melhor (m3/ECP).

Eu acho que a gente já esteve mais interdisciplinar. Hoje, a gente está voltando, mas eu não sei se é mais por empatia que tem a enfermeira, [o médico] eu e assistente social, que nós nos conhecemos há muito tempo, onde há laços de amizade, há um intercâmbio muito bom. A *psicóloga* entra aqui também, apesar de não estar tão integrada. [...] Mas houve uma época que [...] nós estávamos muito disciplinar, cada um fazia sua parte. Agora nós estamos retomando. [...] Uma vez, a Ivani Fazenda teve aqui [...] numa mesa redonda e os grupos todos do hospital tiveram que apresentar [o seu trabalho]. Eu apresentei o nosso grupo e a Ivani Fazenda fez uma avaliação e achou que nós, na época, e a pediatria éramos o que tinha realmente de interdisciplinar no hospital (m5/EG).

Japiassú (1976, p. 117), ao tratar dos métodos da pesquisa interdisciplinar, fornece alguns elementos para pensar sobre a dinâmica da prática interdisciplinar nos serviços de saúde e, em especial, nas equipes estudadas. Cuida-se, nessas equipes, de atender a uma demanda que emana de sujeitos em situações de sofrimento/necessidades de saúde e que requerem respostas imediatas a sua condição de vida. Se está, portanto, tratando da possibilidade de atuação interdisciplinar em situações práticas, concretas, respondendo a um só tempo ao atendimento das necessidades colocadas por esses sujeitos e ao imperativo da construção de um novo modo de atuação frente a essas necessidades.

A proposta de atuação interdisciplinar, nessa situação, está colocada como tentativa de superação de obstáculos e limites internalizados pelos/as profissionais envolvidos/as no projeto, fruto de uma formação disciplinar, fragmentada, fortemente arraigada em suas práticas. Nesse sentido, não basta entender que a atuação interdisciplinar é a melhor forma de abordar a questão da saúde e da doença; o projeto interdisciplinar coloca-se como um desafio de apreender novas formas de ver o mundo, a saúde e a doença, e a aprendizagem de novas abordagens sobre como intervir nesses fenômenos. Coloca-se, portanto, como construção de uma obra coletiva, pela busca de uma atuação integrada, com potencial para melhor compreender e responder às necessidades das pessoas que buscam os serviços de saúde.

Para Japiassú (1976, p. 143), em se tratando de interdisciplinaridade, não é tarefa fácil participar de uma obra comum, quando “diferem os métodos e as modalidades de pensamento”. Um primeiro passo desse processo é compreender que a

cooperação interdisciplinar é possível quando se tem em vista objetivos a serem realizados em determinada situação que exigem respostas complexas, ou seja, quando se compreende que a complexidade do problema envolvido necessita da “iluminação” de diversas disciplinas.

A compreensão dessa necessidade, no entanto, não coloca sua imediata superação. Segundo Morin (1999), a organização está sujeita e sobrevive de ordens/desordens, interações/retroações, certezas/incertezas e a construção da realidade ocorre por aproximações sucessivas, em um sistema aberto, constantemente questionado, de modo a poder apreender a totalidade dessa realidade.

A totalidade é aberta, encontra-se ligada indissociavelmente ao movimento do real e em constante processo de desenvolvimento. Existem, na realidade/totalidade, contradições que levam ao reconhecimento do real como histórico. O movimento entre a realidade e suas contradições é que possibilita a superação dela mesma, uma vez que todo projeto é produção social do ser humano, homens e mulheres, enquanto sujeitos históricos e sociais que, pela práxis objetiva, produzem a realidade ao mesmo tempo em que são por ela produzidos/as (MORIN, 1999).

Não há, dessa forma, sentido algum de harmonia permanente, de completude, de certezas, de ordem em projetos dessa natureza. A realidade não é um todo já acabado, no qual uma dada forma de agir e pensar determine de pronto o resultado esperado. Os/as integrantes das equipes interdisciplinares precisam aprender a conviver com as certezas e incertezas, as ordens e desordens, progressos e retrocessos presentes, tendo como única certeza o caráter processual/dinâmico/infindável do trabalho que vivenciam e o potencial de aproximação do trabalho real que desenvolvem com o esperado, que é construído na e a partir das relações sociais de produção e de suas contradições.

6.4 EQUIPES INTERDISCIPLINARES: UM ESPAÇO DE PRODUÇÃO DE SUJEITOS

A interdisciplinaridade depende, também, do reconhecimento e acolhimento de cada profissional e de seu conhecimento e, da possibilidade de estabelecer trocas e participar das decisões que envolvem o trabalho.

Poder trocar idéias. Como o estudo de caso do paciente. [...] Poder trabalhar em um único foco, aquele doente. Poder participar. Seria um único objetivo. Pra alcançar uma meta (te2/ECP).

Você discute com a equipe e a equipe acata. [...] Quando tem paciente [...] a primeira coisa que eles chamam é o *profissional*. “O que você acha? O que não acha. Como é que vai ser. Dá, não dá. [...]. Como é que vamos fazer”. [...] Poder mudar, adaptar tudo, isso é a favor da gente. [...]. Não tem bloqueio neste sentido. Se tiver condições você faz. [...] Todos os profissionais se respeitarem, acatarem as opiniões e a gente trabalhar em equipe. [...] Aceitar as decisões técnicas e científicas. Não é passar por cima (to/ECP).

Na comunicação abaixo, o/a entrevistado/a evidencia que, na vivência interdisciplinar, não cabe a hierarquização do saber, pois existem diferentes saberes e a equipe aceita e convive com a diferença.

O que eu entendo é o que a gente faz aqui. Todo profissional dentro de uma equipe tem a sua importância. E ouvir o outro, trocar conhecimentos e participar das decisões. Isso é que é a equipe. E ter uma equipe fixa também. Isso é que faz que, com o tempo, tu conheças a dinâmica e os pacientes também. E isso de troca, de respeito [...], ninguém é mais importante que ninguém na equipe. [...]. Mesmo tu discordando às vezes, porque nem tudo tu concordas. Respeitas o outro, a opinião do outro. A tua opinião pode estar errada, então tem que aprender a ouvir o outro (e3/ECP).

A questão da hierarquização do saber e a convivência com a diferença ou diversidade de saberes, conforme cita o/a entrevistado/a, quando afirma que “ninguém é melhor que ninguém na equipe” e que, mesmo pensando diferente, se respeita à opinião do/a outro/a, faz retomar Morin (2000, p. 53), para quem “diversidade não significa uma visão hierárquica. A diversidade é uma pluralidade de possibilidades”. Essa pluralidade diz respeito a reconhecer que nenhuma ciência é “superior” a qualquer outra, não existe um “conhecimento de maior grandeza”, mas, existem conhecimentos diversificados integrados a um mesmo projeto.

Por acreditarem que a interação na equipe depende, em parte, do conhecimento adquirido no decorrer da prática profissional, bem como das relações que seus membros estabelecem entre si e com os usuários, alguns dos/as integrantes do estudo mostram a preocupação com a fixação do/a profissional na equipe de trabalho. A consecução do projeto interdisciplinar depende, para eles/as, dentre outras coisas, da existência de uma equipe que compartilhe um projeto, que conheça e estabeleça uma relação com o usuário, tarefa que fica prejudicada quando há grande rotatividade de pessoal.

Aqui nós temos uma particularidade. São pacientes com uma doença grave, terminal. Na sua grande maioria, são pacientes incuráveis, que vão morrer das suas doenças. E na maioria dos outros serviços de saúde em geral, que eu conheço, os pacientes acabam sendo transferidos e não há um vínculo muito grande entre o paciente e a equipe. Até porque estes locais quase não trabalham em equipe. Às vezes, o paciente só tem vínculo com o seu médico, que fica com ele até o final, mas não forma vínculo com a equipe [...]. A enfermagem troca o tempo inteiro, não tem como fazer um vínculo. A gente tenta fazer isso aqui. Esse é o motivo de a gente manter uma equipe de enfermagem mais coesa e homogênea possível. Pelo menos na forma de pensamento, pra poder manter esse vínculo. A gente tem esse diferencial em relação a outros hospitais e outras unidades de saúde (m3/ECP).

A definição da interdisciplinaridade pela atuação em equipes, dadas às muitas formulações sobre o que vem a ser uma equipe de trabalho, que vão desde o simples agrupamento de pessoas em um mesmo espaço de produção até formulações mais complexas, que pensam a equipe pelo objetivo de trabalho, a integração e a interação existente, foi estudada por Peduzzi (1998). Em seu estudo, a autora construiu uma tipologia de equipe agrupamento e equipe integração.

Nas equipes em que há “justaposição de ações e agrupamentos dos agentes”, tem-se a equipe agrupamento; na equipe que predomina “a articulação das ações e a interação dos agentes” tem-se a equipe integração. Em uma aproximação aos níveis de articulação interdisciplinar, a equipe integração melhor representaria a equipe interdisciplinar. “As articulações constituem momentos em que os agentes, ativamente, colocam em evidência as conexões ou nexos existentes entre as distintas ações e os variados saberes técnicos” e o diálogo e a comunicação são elementos fundamentais para a concretização da integração das atividades. “Há uma relação entre as possibilidades de articulação dos trabalhos especializados e a interação ou comunicação dos sujeitos do trabalho” (PEDUZZI, 1998, 48-49).

A autora discute a questão do agir instrumental e do agir comunicativo a partir de Habermas (1994) e conclui que, para a integração desses dois pólos, faz-se necessário “que os profissionais partilhem ‘algo em comum’”. A “dimensão comunicativa requer que os sujeitos compartilhem as proposições e as normas subjacentes, que os conteúdos enunciados e os valores correspondentes façam sentido para os sujeitos envolvidos na interação”. Em saúde, o que pode ser partilhado pelos/as profissionais, na recomposição dos trabalhos especializados, é um projeto assistencial comum, compartilhado pelos diversos trabalhos especializados (PEDUZZI, 1998, p.. 55-56).

Esse projeto, segundo Peduzzi (1998), Cecílio (1997, 1999) e Campos (1997, 2000), pressupõe a negociação constante e contínua entre os diversos sujeitos envolvidos.

Iribarry (2003, p. 486-487) afirma que um primeiro passo para a articulação, “independente da modalidade – pluri, multi, inter ou transdisciplinar –, é a reunião de diversos profissionais em um trabalho integrado de equipe”.

A equipe interdisciplinar, para o autor, pressupõe o

compromisso com a geração de dispositivos renovados para o trabalho realizado. É preciso também que cada membro da equipe esteja o mais familiarizado possível com a diversidade de disciplinas e que freqüente continuamente as disciplinas de seus colegas. Ademais, é preciso que os discursos se tornem legíveis e não mais se tornem exercícios velados e obscuros [...] independente de sua complexidade. A comunicação entre os membros da equipe, portanto, não seguirá mais um modelo verticalizado, baseado na liderança de um saber sobre outro(s), mas deverá assumir uma característica horizontal, onde todos, igualmente, compartilham de seus conhecimentos e saberes. Dessa maneira, a tomada de decisão em relação ao que está sendo discutido será uma tomada de decisão horizontal, onde não há prevalência de um saber sobre outro ou sobre os demais (IRIBARRY, 2003, p. 487).

As preocupações desses/as autores/as justificam as colocações dos/as integrantes desse estudo sobre a necessidade de uma equipe “fixa” (ou “estável”, como se poderia melhor definir) no trabalho interdisciplinar. No entanto, fugindo de uma visão idealizada da equipe e de sua formação, é preciso compreender que, não existe equipe que, uma vez formada, possa ser vista como dada para sempre.

É preciso compreender também que, em se tratando de processo de trabalho, no modelo hegemônico de sua organização, se tem uma “equipe” reunida em um mesmo espaço, realizando parcelas do trabalho, sem com isso caracterizar um projeto de integração das ações (JANTSCH; BIANCHETTI, 2002).

Moscovici (1996, p. 14) faz uma relação entre a formação de equipe, seus modos de funcionamento e a necessidade de construção contínua das equipes de trabalho, que nos auxilia a compreender de que equipe se está falando. A autora toma de Katzembach e Smitht (1993) a proposta de Curva de Desempenho das Equipes e classifica, como equipe real, aquela que “compõe-se de pessoas com habilidades complementares e comprometidas umas com as outras através de uma missão comum, objetivos comuns e abordagem de trabalho bem definida”. Nesse tipo de equipe, “as pessoas aprendem a confiar uns nos outros e assumem plena responsabilidade por seu desempenho”.

Referindo-se à instância grupal nas organizações, Enriquez (1997, p. 91-92) discute os fatores implicados na possibilidade de formação de grupos ou equipes. Para o autor, “um grupo só se estabelece em torno de uma ação a cumprir, de um projeto a executar, de uma tarefa a ser bem conduzida”, o que pressupõe que as pessoas possuam um sistema de valores suficientemente interiorizado, de modo a permitir que o projeto passe da etapa de idealização para a realização concreta.

A existência desse sistema de valores depende de uma representação coletiva, “num imaginário social comum”, entendido como condição em que “só podemos agir enquanto tenhamos certa maneira de representar para nós aquilo que somos, o que desejamos ser, o que queremos fazer e em que tipo de sociedade ou organização desejamos intervir ou existir”. Para que se efetivem, tais representações precisam não só ser pensadas intelectualmente, mas sentidas pelo conjunto de pessoas que integram uma equipe. É preciso querer juntos/as, experimentar as mesmas necessidades de transformar um sonho em realidade cotidiana, dando de si “os meios adequados para chegar a isso” (ENRIQUEZ, 1997, p. 92).

A idealização, a ilusão e o sonho são o que estimula os/as envolvidos/as, o que os/as movimenta para a realização de um projeto. A idealização funciona como uma causa a ser defendida, dando à equipe e a cada um/a que dela participa a noção de que, em certa medida, é “o porta-voz e o fiador de ‘alguma coisa’ que o ultrapassa e legitima sua ação...” (ENRIQUEZ, 1997, p. 92-93).

A proposta de atuação interdisciplinar contempla um projeto grupal diferenciado na estrutura dos serviços de saúde, ainda predominantemente fragmentado. Um “algo mais” “diferente” e “melhor” que o existente na concepção daqueles/as que o vivenciam. Ou, de acordo com a concepção de Enriquez (1997, p. 103),

a ‘essência’ do grupo: a criação de uma *comunidade* (grifos do autor), uma associação voluntária de pessoas que experimentam em comum a necessidade de trabalharem em conjunto ou de viverem juntas de maneira intensa, a fim de realizarem um ou diversos projetos que assinalam sua razão de existir.

Essa idealização, a crença de estar contribuindo para a realização desse “algo mais” está implícita na fala da maioria dos/as entrevistados/as. Em muitos momentos percebe-se que é essa convicção que os/as move, que os/as faz vencer as dificuldades

cotidianas do trabalho. Voltando a Campos (2000a), parece que, parte do potencial do trabalho em equipes interdisciplinares, vem a ser a possibilidade da construção de sujeitos no e através do processo, de modo a superar, ao menos em parte, a alienação presente no modelo tradicional de gerenciamento do trabalho nos moldes taylorista.

Uma preocupação é que a minha geração tem que deixar alguma coisa no hospital, não pode ir embora sem deixar nada (m5/EG).

Certamente [o usuário experimenta um atendimento diferenciado no serviço]. Desculpa-me a falta de modéstia, mas eu acho que sim. Até dentro da instituição. Não é só dentro do sistema de saúde, ele já tem um atendimento diferenciado dentro da própria instituição. E a gente sabe disso, pela demanda que alguns pacientes fazem na nossa atuação. [...] Nós realmente tentamos resolver de forma multidisciplinar. Que nós podemos fazer. [...]. A noção de que o paciente não é só alguém fazendo quimioterapia não tá muito bem sedimentada. [...]. Então, por exemplo, você tem um paciente que está fazendo um tratamento qualquer e está com dor, é absurdo você ter um paciente com dor, e eu não estou falando isso de ouvir falar, porque eu peguei vários pacientes, de diversas formas eles acabam chegando, porque há uma pressão. Os funcionários, no ambulatório, eles sabem que nós temos um sistema atuando para determinado problema e que funciona. E você vê esse problema ali dentro do ambulatório, correndo pra lá e pra cá, e ninguém resolve. Então é fatal, e em determinado momento, isso vai acabar batendo na nossa porta. Por quê? Eles sabem que aquilo é um problema típico que nós resolveríamos (m2/ECP).

Feitas essas considerações, é necessário compreender que as equipes, independente do desejo de seus integrantes, existem em uma realidade dinâmica, sujeita a intercâmbios de várias naturezas, e adquirem, a todo o momento, novas configurações, seja pela inclusão de novas especialidades ou pela rotatividade de membros das equipes. A adesão de novos/as profissionais, embora não aconteça sem as dificuldades inerentes ao processo, configura-se também na possibilidade de renovação de idéias, de atualização das práticas, de revitalização das equipes, conforme salienta o/a entrevistado/a.

A gente precisa aprender a mudar. Aprender com. [...] E é bom. Dá uma injeção de ânimo. Os enfermeiros, que vieram, trouxeram coisas novas da Universidade, que já mudou, que a gente não sabe por que não está mais participando. E aprendemos (e3/ECP).

Outro aspecto salientado pelos/as integrantes do estudo diz respeito à necessidade de coordenação das ações no trabalho coletivo desenvolvido pelas equipes interdisciplinares.

Alguns fatores que são imprescindíveis. [...] de liderança, de respeito, de conhecimento. [...]. De acolhimento. Pra nós é desse jeito (e1/ECP).

Sempre tem que ter alguém na coordenação. Não tem um grupo que vai assim. [Alguém] que encaminhe, senão [...] meio que se perde. [...] O encaminhamento tem que ter (nt//ECP).

A coordenação ou a liderança nos processos interdisciplinares é abordada por Salvador (1999, p. 106), quando afirma que

a partilha, as trocas no seio de uma experiência interdisciplinar exige a mediação de um interlocutor, no caso, o coordenador, que, no exercício de sua função, deve ser um provocador, um questionador que incite o outro a novas reflexões, a novos questionamentos e confrontos entre o conhecimento teórico e o prático na construção de um novo saber.

Entendo que o trabalho em equipes interdisciplinares de saúde faz parte do trabalho coletivo, portanto, exige coordenação das ações com vistas a um resultado. O que se espera é que esta coordenação possa ser definida a partir de critérios democráticos de escolhas, com base na competência interpessoal para o exercício da liderança e para a atividade a ser realizada e integre princípios de democracia, participação, contrapondo-se ao modelo clássico de subordinação e autoridade.

Nessa perspectiva, Irribarry (2003, p. 487-488) alerta que uma equipe que se pretenda interdisciplinar/transdisciplinar, quando da reunião de diversas especialidades, não pode permitir que a “coordenação se estabeleça a partir de um lugar fixo”, pois, ao se cristalizarem posições, corre-se o risco de que “uma especialidade se torne uma espécie de juiz no processo de tomada de decisão”. Para o autor, a proposta transdisciplinar “deve ser encarada como meta a ser alcançada e nunca como algo pronto, como um modelo aplicável”, inclusive no que diz respeito ao exercício da liderança.

Nas duas equipes estudadas, existe um ator a quem é atribuída à liderança da equipe, e este ator, é justamente, aquele/a que, na percepção coletiva, deu origem à experiência, aquele/a cuja existência representa a própria criação e viabilização da experiência. Nesse sentido, há, em relação a essas lideranças, um reconhecimento inquestionável, até mesmo uma história de gratidão do coletivo de trabalho. Estes/as são reconhecidos/as também como as “chefias do saber”, em uma demonstração de valorização do conhecimento de que são possuidores/as sobre a história do grupo, sobre a dinâmica do trabalho e de suas profissões.

No entanto, os/as integrantes do estudo assumem a existência de diversas

lideranças no trabalho que desenvolvem, sendo que, a muitas delas, inclusive, é atribuída a garantia de continuidade do grupo e das ações desenvolvidas, além do papel de articulação da equipe na prática diária.

Eu percebo algumas lideranças dentro deste grupo. [...] As pessoas que atuam ativamente, elas são liderança/as em suas equipes. Eu, embora seja coordenador da enfermagem, tenho diversas pessoas que me complementam dentro da minha visão. [...] A profissional farmacêutica, compromissada [...] a nutricionista. [...] Na equipe médica, a Dra. X. Que é uma pessoa que, embora não seja atualmente chefe, ela é uma direção (e2/ECP).

A liderança nas equipes interdisciplinares, como destacado pelos/as integrantes do estudo, está identificada também em relação à participação e ao envolvimento no processo de trabalho coletivo e não apenas à condição de ocupante de cargos gerenciais. Engendram, portanto, uma série de relações que passam pela hierarquia institucional, pela história pessoal e profissional construída no próprio grupo, pelas relações de poder e pela valoração das profissões, dentre outros. Nas equipes estudadas, a questão da liderança, da coordenação, é abordada por diversos sujeitos e a percepção sobre a forma como a mesma se processa na equipe é percebida de diferentes maneiras. O aprofundamento acerca do papel da liderança na coordenação das equipes foi contemplado no capítulo que discute o processo de trabalho nas equipes interdisciplinares.

A interdisciplinaridade, para alguns dos/as profissionais entrevistados, é colocada como opção consciente do sujeito, como atitude diante do conhecimento e da práxis, no sentido que a verdadeira vivência da interdisciplinaridade não pode ser imposta, mas sim desejada e compreendida. A participação no processo interdisciplinar não implica ao/a profissional aceitar todas as decisões e posições dos/as demais agentes; algumas vezes, há discordâncias, porém é no diálogo que as discordâncias são resolvidas. As ações, na prática interdisciplinar, são estabelecidas com base nas diversas posições e, para sobreviver, o processo interdisciplinar tem que ser uma crença particular, e haver o entendimento de que esse é o melhor caminho, embora não menos difícil.

É fazer o seu e dar a sua opinião, quando ela é necessária. É você permitir, aceitar, ouvir e considerar a opinião das outras pessoas que trabalham junto contigo. E que isso ocorra de uma forma natural, que não seja forçada. [...]. Tem espaço para você aceitar completamente, totalmente, a idéia do outro, como para você rejeitar ela como uma coisa totalmente absurda. Mas isso faz parte do jogo, é da regra do jogo.

[...]. Então, vai de um lado a outro do espectro, mas você tem que estar sinceramente [...] acreditando nisso. E pronto a aceitar tanto um quanto outro, quer dizer, o sim total como o não total e as gradações do meio. [...], mas você tem que estar acreditando nisto. Ela só vai existir se você acreditar. Não adianta você ficar fingindo. Adianta você estar com uma equipe de 10 pessoas ali e você estar tomando as decisões? Isso pode parecer e pode enganar alguém, mas não é (m2/ECP).

Para Etges (2002, p. 70), na vida prática, muitas vezes os/as cientistas não dão a mínima atenção ao valor da interdisciplinaridade. Cultivam o discurso interdisciplinar, porque lhes parece interessante, porém, têm tanta convicção de seus métodos que acabam por afastar-se da interdisciplinaridade, “ela não tem vez em suas práticas”. Esse fato também acontece no processo de trabalho em saúde e, segundo o autor, “isso verdadeiramente não pertence ao campo do trabalho interdisciplinar”.

Walner (2002, p. 86-87) desenvolve sete princípios da interdisciplinaridade e os discute a partir de uma abordagem construtivista e da noção de rede. Em um primeiro momento, coloca que “o princípio da auto-organização tem a função da fundação e da ética na ciência”, quando busca resolver a problemática da interdisciplinaridade mediante o aprendizado social. Para o autor, é impossível “uma fundamentação última da ciência a partir de uma meta-região”. Na maioria das vezes, essa fundamentação é substituída por referências a “intuições muito pouco claras”. Adota então o conceito de “trabalho em conjunto de cientistas”, no qual a organização dos grupos de especialistas não deve ser imposta, as equipes devem organizar-se por interesses, determinar quem vai trabalhar com quem e “o grupo de cientistas participante do projeto determina o objeto de sua pesquisa e desenvolve os métodos referentes a ele”. Segundo o autor, nessa forma de organização do trabalho científico, objeto e método são sempre provisórios e passíveis de revisão.

A abordagem de Wallner (2002) contribui para pensar a procedência da identificação dos/as profissionais com o objeto e com o projeto de trabalho em que estão inseridos/as. Porém, no trabalho em saúde, de saída, se encontra dificuldades nesse entendimento, pois a determinação dos/as profissionais que irão integrar as equipes de trabalho, na maioria das vezes, dá-se no campo da hierarquia das organizações, nos mecanismos de gestão de pessoal, não colocando opções aos sujeitos envolvidos.

Ainda assim, os/as integrantes das equipes entendem que o trabalho

interdisciplinar é potencialmente positivo, quando absorve profissionais “especiais”, identificados/as com o usuário e com a proposta de trabalho, e esse entendimento tem levado os/as integrantes das equipes, dentro das possibilidades institucionais, a “captar” estrategicamente determinados/as profissionais para participar da equipe.

De todo modo, percebe-se, nas realidades estudadas que, procuram se integrar ao trabalho das equipes interdisciplinares, profissionais identificados/as com o serviço público, com um projeto em defesa do Sistema Único de Saúde e da defesa da vida. Tal manifestação está expressa na fala dos/as entrevistados/as de diversas maneiras, seja ao se referir ao “gosto pelo serviço público”, pela importância de oferecer serviço de qualidade ao usuário do SUS, pela justificativa dos motivos que levam ou não a escolher essa especialidade para atuação.

Não é todo mundo que gosta de cuidados paliativos, e a gente não pode fazer uma pessoa gostar disso. Eles [residentes] acham interessante, acham legal. É uma visão diferente do problema, uma visão que eles provavelmente nunca tiveram fora daqui, [...] ver soluções para problemas que, provavelmente, teriam muita dificuldade de abordar mais tarde, se não tivessem a experiência daqui. Mas eles não gostam de cuidados paliativos. Só dois residentes até hoje quiseram trabalhar aqui, eu e o X. E mais ninguém. Por vários motivos, e isso já seria papo para muitas horas. Porque sim cuidados paliativos e porque não cuidados paliativos. Tem a questão do dinheiro. Paciente de cuidados paliativos não dá dinheiro. Você dificilmente atende em ambulatório. Consultório? Mais difícil ainda. É um paciente mais de SUS. E quando você decide trabalhar com isso, você, implicitamente, [...] está se condenando a trabalhar com o SUS. Somente com este paciente. Já tive [paciente particular], claro. Todo mundo já teve, mas não chega nem perto do que nós temos no ambulatório (m2/ECP).

Na exposição a seguir, o/a profissional traz a concepção de interação no processo interdisciplinar. A interação pode auxiliar a romper as barreiras, os compartimentos fechados do saber proporcionando outras formas de agir frente ao usuário e suas necessidades. Na perspectiva do/a entrevistado/a, processo e produto se confundem na interação, “as idéias” e “o resultado” fazem parte de uma mesma trajetória. É na reciprocidade de ações que os/as integrantes da equipe vão encontrar novos modos de agir e pensar. Enquanto produção histórica, não há, na prática interdisciplinar, sentido de permanência, pois os entendimentos construídos em volta dela estão sujeitos a mudanças, uma vez que sujeitos e processo se constroem e se modificam a um só tempo.

Um trabalho, independente de ser assistencial ou de produção científica, é um

trabalho em que as idéias, em que o produto vem mediante a interação de um grupo. Não de uma só decisão. Decisão tomada a partir dos acréscimos de cada [um]. Não que a gente tenha que esperar pelos outros para tomar nossas decisões, definir nossas condutas terapêuticas dentro do teu serviço. [...] Vem romper a história das paredes [...]. Não está fechado, compartimentado, o saber quando é discutido propicia uma outra forma de ação. [Propicia] a discussão de idéias, de propostas, para [...] um objetivo comum dentro do serviço. Não esquecendo as linhas que existem [...] entre eles. Mas ultrapassando essas linhas. [...] Que o foco seja definido e que as ações busquem o mesmo foco. [...] Por ser um processo em construção tem muito a ver com a minha percepção de realidade neste momento. Pode ser que daqui a três anos, pode ser que num futuro bem próximo eu pense de outra maneira (e2/ECP).

Para Irribarry (2003, p. 490), “a tomada de decisão é o aspecto culminante de uma orientação transdisciplinar para o trabalho em equipe”. O processo decisório faz parte de um exercício contínuo, de modo que um saber não prevaleça sobre outro, deve ser horizontal, as contribuições compartilhadas por todos/as os/as profissionais. A tomada de decisão no processo interdisciplinar surge do “conjunto das decisões que emanam de todas as áreas implicadas no trabalho em equipe” e não daquilo que cada área entende como adequado para o caso. Para o autor, o próprio caso irá demonstrar o urgente e o necessário para cada área de conhecimento envolvida.

Outro aspecto a que se refere o/a entrevistado/a trata da necessária **autonomia** presente no processo interdisciplinar. A construção coletiva de um projeto não dispensa a existência de espaços decisórios no âmbito de cada uma das profissões envolvidas, sem os quais todo o processo ficaria paralisado. A noção de autonomia presente nesse contexto carrega também uma relação de dependência, quando se refere à “tomada de decisão a partir dos acréscimos de cada um, não de uma só decisão”.

Sobre esse aspecto, Morin (2003, p. 96-97) esclarece que “a noção de autonomia humana é complexa” e depende de “condições culturais e sociais”. Está relacionada a ser sujeito, a poder fazer escolhas e, para fazer escolhas, precisa-se aprender uma cultura, uma linguagem, um saber. A autonomia alimenta-se da dependência, pois se depende dessa mesma cultura, de uma educação e de uma sociedade.

A autonomia, de que o autor fala, “não é liberdade absoluta, emancipada de qualquer dependência, mas uma autonomia que depende de seu meio ambiente, seja ele biológico, cultural ou social”. No plano das ciências, embora cada qual guarde certo grau de autonomia, guarda, ao mesmo tempo, dependências e interdependências (MORIN, 2000, p. 119).

Na avaliação de Pires (1998) e Campos (1994, p. 55-56), o trabalho em saúde guarda características que pressupõem sempre um espaço de autonomia profissional, uma vez que, por mais que os processos possam ser padronizados (regularidades), é impossível eliminar totalmente os imprevistos (irregularidades). “Ainda que traga regularidades, cada caso é um caso singular, obrigando a invenção de soluções sequer imaginadas”.

No entanto, é importante registrar que o debate sobre autonomia não se esgota aqui, e que, no cotidiano das instituições de saúde, a autonomia profissional está sempre mediada pelas políticas, pela estrutura, pelo método de gestão, pelo agir cotidiano. A autonomia técnica, por exemplo, diz respeito “a maior ou menor autoridade técnica, socialmente legitimada e não apenas tecnicamente estabelecida, das distintas áreas profissionais e da correlata amplitude da dimensão intelectual do trabalho”, que nas instituições de saúde é representada hegemonicamente pelo poder médico (PEDUZZI, 1998, p. 46).

Ainda sobre os aspectos positivos da atuação que vivenciam junto à equipe interdisciplinar, existe entre os/as entrevistados/as o reconhecimento dos benefícios que a atuação da equipe traz para o usuário. A união dos/as profissionais em torno de um projeto assistencial resulta no alcance final dos objetivos, que é a assistência de melhor qualidade. Essa atuação permite conhecer melhor o usuário, pelo contato com outros/as profissionais, e as ações assistenciais convergem para ele/a, usuário/a.

Há uma mudança do foco do trabalho, que sai do/a profissional para o usuário. A priorização do usuário facilita as relações profissionais, pois compartilham uma proposta assistencial, que é a busca conjunta de soluções para o problema daquele/a que recebe a assistência. Na perspectiva da relação com usuário, o trabalho em equipe propicia uma maior intimidade usuário/profissional de saúde.

Para o paciente, então, acho que não tem outra coisa. Ele está cercado por todos. Amparado. Está vendo todos convergidos para o mesmo ponto. Que é ele. [...] O meu foco é ele. Se tiver uma coisinha com outro profissional, eu não ligo, passo por cima, porque o meu foco é ele. Quando eu estou brigando, eu não estou brigando por mim. Eu estou brigando por ele (nt/ECP).

Eu consigo sempre conhecer melhor o meu paciente. Eu tenho contato com a nutrição, [...] com os médicos, com a enfermagem. [...] O maior benefício com uma equipe destas é para o paciente. E eu preciso dos outros profissionais. Não consigo trabalhar sozinha. Preciso saber como o meu paciente está, [...] perspectivas de melhora e isso a equipe me ajuda bastante. [...] Poder estabelecer a tua assistência para a equipe (fs/ECP).

Todos os trabalhos deveriam ser assim. Pensar realmente no bem estar do paciente, na informação, na orientação. [...] Os pacientes adoram, [...] já tem essa intimidade com a gente. O paciente é mais bem atendido. Ele evolui muito melhor (as2/ECP).

Os resultados da atuação interdisciplinar sobre as relações estabelecidas entre profissionais e usuários constituem um dos mais significativos achados da presente investigação, que será mais bem abordado no capítulo VII. No entanto, já é possível dizer que as mudanças percebidas vão à direção da construção de um modelo que concebe o usuário enquanto sujeito de direitos e deveres e, principal interessado em seu processo de saúde-doença.

Na identificação de aspectos potenciais e das limitações da atuação interdisciplinar, os/as integrantes deste estudo mostraram dificuldade de apontar exemplos negativos em sua realidade, salientando que os aspectos negativos, quando existem, são superáveis e compensados pelo peso dos aspectos positivos.

Negativo? Estou pensando. Se eu já estou pensando é difícil, não achei ainda não, ainda não vi nada (m6/EG).

Eu nem sei como apontar alguma coisa negativa, porque eu fui criado no cuidado paliativo, entendendo que a melhor forma de abordar o problema é da forma multidisciplinar (m2/ECP).

Para a maioria dos/as integrantes do estudo, os aspectos negativos estão associados à incompreensão do processo, à dificuldade de compartilhar, ao medo da exposição diante dos/as outros/as. A resposta que apontam para um processo bem sucedido é o exercício da liderança autêntica, a não hierarquização do saber e a valorização de todos/as os/as envolvidos/as no processo. Nesse sentido, é fundamental que se efetive um processo participativo nas equipes interdisciplinares, em que todos/as possam ser ouvidos/as e tenham seus conhecimentos respeitados, independente dos lugares que ocupam na hierarquia institucional.

Se você acha que pode fazer oncologia trabalhando sozinho, você vai fazer uma má oncologia. O que me levou a fazer isso é quase uma necessidade. É uma coisa tão óbvia e tão fundamental [...]. E como a gente quer fazer bem isso, [...] a única maneira é reunir as pessoas. [...] Isso foi difícil no começo, porque as pessoas até não entendiam, achavam que a gente ia discutir os casos e ouvir a opinião das pessoas para fiscalizar, para supervisionar bem de perto, para ficar de olho no que estavam fazendo. Até que relaxaram e viram que era uma ajuda pra todos. Não tem uma fórmula, mas eu acho que é a única maneira de fazer. [...] o grande problema hoje, na especialidade de oncologia é que as pessoas não conseguem se comunicar e têm medo de abrir as suas necessidades, até de admitir como está difícil lidar com o

paciente. [...] O oncologista, como todo médico, mais ainda o oncologista, ele tem uma onipotência, porque essa coisa de lidar com essa doença tão grave, desta luta incessante, que em metade dos casos não funciona, ele deixa essa pessoa que faz essa especialidade com uma ansiedade muito grande. E a única maneira de evitar isso, de trabalhar melhor, é compartilhar. E eu sempre digo que o nosso relacionamento tem que ser não hierarquizado, [...] que só o que vale são os cargos, mas [...] que o que as pessoas sabem, o que elas têm a acrescentar, o que elas têm a dizer e a participação delas. Então, a gente já teve a experiência assim “ah o fulano é chefe, mas não contribui nada”. Ela não tem o respeito da equipe. Em compensação, o outro é um técnico de enfermagem, que faz aquele cuidado diário, e a gente tem aquele respeito, aquele carinho tão grande porque o papel daquela pessoa é tão importante para que aquilo se finalize, que é impossível não observar e não ver (m1/ECP).

Para a equipe de Cuidados Paliativos, pesa negativamente na articulação do trabalho interdisciplinar a estrutura física da instituição, distribuída em lugares diversos, prejudicando a integração das atividades. Para os/as integrantes do estudo, a separação da área física do Programa de Internação Domiciliar (PID), Ambulatório e do Hospital de Apoio prejudica o contato e a articulação profissional³⁰. Também a estrutura organizacional e o organograma da instituição, com subgerências isoladas em cada local, geram fragmentação da atenção.

Eu acho que a gente tem essa fragmentação por estarmos em locais diferentes, nos diversos momentos do paciente. [...] Nós somos cuidados paliativos, mas o hospital ainda é um grupo, o ambulatório ainda é um grupo, o PID ainda é um grupo. [...] Eu me sinto um pouco levitando. Tentando juntar, mas [...] isso não é fácil, porque cada um ainda tem aquela coisa das suas rotinas e das suas percepções, e a própria estrutura leva a isso. Aqui tem uma subgerência, lá tem uma subgerência, o PID fica assim flutuando [...] essa fragmentação tem que ser superada (m1/ECP).

Uma coisa que eu sinto é que tem muita separação da equipe. O hospital até a gente tenta se unir mais, mas tem uma separação com o ambulatório. Não só com a equipe do Cuidado Paliativo [...]. Tem colega do serviço social que até hoje eu não sei nem quem é, somos da mesma instituição, atendemos basicamente os mesmos pacientes e a gente não tem nem contato (as1/ECP).

Dentre os aspectos negativos, os/as integrantes da equipe de cuidados paliativos relacionam as dificuldades resultantes dos conflitos profissionais, principalmente em relação às condutas e diagnósticos e às falhas existentes na comunicação e no repasse de informação.

Eu vejo de negativo são os aspectos que não dão certo. [...] nem sempre a gente está junto, [...] falta de informação, porque às vezes não troca, por um motivo ou por outro, então, às vezes a gente não sabe alguma coisa. Isso pode interferir, um pouco, no dia a dia (nt/ECP).

Tanto positivas como negativas, são as falhas de que a gente tem comunicação.

³⁰ A estrutura da instituição oncológica é explicada no capítulo IV, quando da exposição do organograma e das áreas físicas em que funcionam os diversos serviços.

Existe em qualquer serviço. [...] As informações (e3/ECP).

De aspecto negativo, o que eu posso verificar é que em alguns momentos parece que há uma perda de rumo da equipe como um todo. [...] Eu não consigo explicar isso, mas eu percebo, por exemplo, nas reuniões de discussão de casos, às vezes tem alguns casos específicos de pacientes em que a equipe fica meio perdida realmente. Parece que cada metade quer fazer uma coisa. Cada profissional quer fazer uma coisa em relação ao paciente. Parece que entra em desacordo a respeito do prognóstico, do diagnóstico e da conduta, principalmente. Mas isso faz parte da convivência em grupo. Se nunca houvesse discordâncias, aí sim é que seria estranho. [...] Tem uma frase que diz que... Esqueci, mas que, quando todo mundo concorda com a coisa e não diz nada, parece que é todo mundo meio burro (m3/ECP).

Na equipe de cuidados paliativos, a ausência de produção científica é percebida como uma dificuldade ainda existente. A equipe gerontológica, por estar situada em um hospital de ensino, convive, mais frequentemente, com a pesquisa, seja ela por conta da participação de acadêmicos/as, de alunos/as dos cursos de graduação, ou por iniciativa de membros do grupo.

O que falta é essa questão da produção mesmo, da produção científica (m1/ECP).

Fizemos. Do pé do idoso a gente conseguiu fazer. Foi mais da enfermagem. [...]. A nossa pesquisa ficou, pelo menos na parte médica, mais no perfil do idoso. O perfil do idoso que procura o hospital, o perfil psicossocial do idoso que está aqui dentro. O uso de multi-medicamentos (m5/EG).

É importante destacar a participação do departamento de enfermagem, que tem um trabalho de extensão aqui no hospital (as2/EG).

Na equipe gerontológica, a participação de departamentos de ensino propicia o contato e a participação mais freqüente com a pesquisa, porém, mesmo nessas condições, a equipe tem dificuldade de pesquisar a própria prática. Nas duas equipes, o excesso de trabalho é apontado como fator limitante para a realização de pesquisas.

Outro fator destacado pelos/as integrantes das equipes como limitante para a pesquisa diz respeito a dificuldades pessoais em desenvolvê-las. Nesse sentido, há relatos da formação acadêmica, que não desenvolveu esse lado profissional.

Adoraríamos pesquisar mais. Precisaríamos pesquisar mais. Isso aqui é um campo fértil pra pesquisas. Mas aí, olha a armadilha que nós montamos para nós mesmos. Muito bacana que tudo funcione, [...] que a gente consiga resolver os problemas, que consiga oferecer ao paciente muitas opções que não existem fora *da instituição*, só que isso nos sobrecarrega à beça. Muito, muito, muito. Todos três estão sobrecarregados. São três médicos que tocam tudo isso. Eu nós temos trabalho aqui pra bem mais que três (m2/ECP).

Claro eu não posso meter a culpa nos outros. Eu tenho que correr atrás, mas eu acho que as coisas deviam focar muito na faculdade. [...] Ser treinada para registrar,

escrever. A gente vê hoje as estagiárias são ótimas, se treina pra isso. A gente não foi treinada. Às vezes eu fico pensando em pegar um ponto e não sei qual o ponto que eu pego. Eu acho que se tivesse um pouco dessa visão, talvez fosse mais fácil. A gente vai aos congressos e vê tanta coisa que [você] já faz e não mostra. [...] Não sei se é um comodismo, não sei se a gente não acredita. Ou se faz e acha que não é... Às vezes, tu vê que fazes muito mais que aquilo, bem feito, por um caminho muito melhor e [a pessoa] apresenta o trabalho como se fosse inédito! A gente pensa: meu Deus como tem coragem de vir de tão longe para fazer isso. [...] E a gente está ali ouvindo. Precisa ouvir? Bem feito! Por que não mostra o que faz? (nt/ECP).

Esse, hoje, é o nosso problema realmente. E talvez pra isso a gente tivesse que se unir com outras pessoas. Buscar outros caminhos, talvez a própria Universidade, pessoas que nos ajudem a fazer isso. A gente tem uma rotina muito extenuante, talvez contribua pra isso. Mas isso tem que acontecer, porque, se tudo que a gente fizer aqui não for mostrado, isso pode se perder um dia (m1/ECP).

O distanciamento assistência/pesquisa é fruto da realidade do ensino nas universidades, em que a tradição do/a educador-pesquisador/a é ainda muito recente. Por muito tempo privilegiou-se uma educação baseada na reprodução de conhecimentos, na transmissão de conteúdos, em detrimento da formação para a pesquisa. A dicotomia ensino/pesquisa, presente na formação acadêmica, tem reflexos para a prática profissional e os/as profissionais costumam referir-se à pesquisa como “assunto” da academia. Propostas pedagógicas mais recentes têm destacado a pesquisa na educação, de modo que os/as estudantes sejam estimulados/as, na vida acadêmica, e, posteriormente, na vida profissional, a investigar questões específicas de sua área de conhecimento, da sua prática cotidiana, de modo a poder projetar seu trabalho, avaliar seu conhecimento e provocar mudanças na realidade.

Essa prática, no entanto, não foi dirigida a muitos dos/as profissionais que se encontram em atividade hoje, e que, em decorrência disso, relatam a dificuldade de empreender projetos de pesquisa no cotidiano de trabalho, como foi possível constatar nas equipes estudadas.

Fazenda (2003a), ao abordar a pesquisa na formação acadêmica, ressalta a importância de o/a profissional se perceber pelo acúmulo de conhecimentos construídos ao longo da vida. Salaria, porém, que, além das dificuldades habituais relacionadas à falta de preparo para a atividade de investigação, pesquisar a própria prática suscita nos/as profissionais medos e inseguranças, por terem que enfrentar elementos que ignoram de sua prática; pelo medo de que seu trabalho não tenha algo de original, atraente ou apaixonante para si próprio/a e para o outro/a.

Muitos desses sentimentos foram manifestados ou estão implícitos nos depoimentos dos/as integrantes do estudo. Por ter constatado, no decorrer deste estudo, que a atividade interdisciplinar carece de investigações que estimulem e divulguem os avanços resultantes dessa prática, entendo que a superação dessas limitações, na realidade dos serviços, pode acontecer através de efetivos programas de educação permanente. Uma das tarefas da educação permanente, sem dúvida, é alimentar a construção de conhecimentos com base na realidade, pois, incentivar e propiciar a formação de novos/as pesquisadores/as pode contribuir para a transformação das práticas de saúde.

6.5 INTERDISCIPLINARIDADE EM SAÚDE: SINTETIZANDO AS EXPRESSÕES DOS SUJEITOS

Considerando as referências teóricas utilizadas neste estudo e, em especial, a expressão daquilo que foi colocado pelos/as diversos/as profissionais, foi possível construir o entendimento sobre interdisciplinaridade que permeia a atuação das equipes estudadas.

Interdisciplinaridade, no contexto do trabalho em saúde, é um processo em construção, que envolve as diversas disciplinas/profissionais em torno de um objetivo comum – a assistência integral aos usuários dos serviços. Interdisciplinaridade compreende a existência de saberes e fazeres específicos, ao mesmo tempo em que comporta e impõe uma visão de totalidade. Implica em trocas entre as disciplinas, a interação, a cooperação e a articulação dos saberes em prol da construção de uma práxis coletiva (um saber/fazer) não hierarquizada. O exercício da prática interdisciplinar ocorre com base na autonomia profissional, na comunicação autêntica, no diálogo, no respeito e reconhecimento do/a outro/a e de seu saber, na participação na tomada de decisão. A interdisciplinaridade ocorre no trabalho em equipe, espaço em que os/as profissionais estabelecem relações entre si; portanto, a concretização da prática supõe a necessidade de uma equipe articulada e a existência de um elemento articulador/coordenador. Cada experiência interdisciplinar é única.

Os resultados apresentados neste capítulo trazem o conjunto das percepções

dos/as integrantes do estudo acerca da interdisciplinaridade, considerando desde os conhecimentos que possuem sobre esse tema e as idealizações em pauta, até a vivência do processo em si.

Tais percepções foram apreendidas pelo olhar atento da pesquisadora sobre o dito e o não dito pelos/as integrantes do estudo, pela observação da prática desses/as profissionais no cotidiano de trabalho, pois concordo com Leite e Ferreira (2001, p. 7), quando afirmam que, nos procedimentos de mobilização e coleta de dados deve-se estar alerta para as “multidimensionalidades das relações cotidianas, considerando o que sentem, o que pensam e como agem os/as trabalhadores/as”. É ao falarem sobre o que pensam, o que sentem e sobre suas vivências que os sujeitos fazem a reflexão das eventuais distancias e diferenças entre o “prescrito”, o “real” e o “desejado” no trabalho. E são essas reflexões que permitem as/aos trabalhadores/as e à pesquisadora conhecer os carecimentos, os desejos, as motivações, os projetos e as possibilidades do cotidiano profissional.

É também na interseção dessas três dimensões que penso poder estabelecer o potencial dessas práticas reflexivas no processo de trabalho para a construção de novas formas de organização do trabalho em saúde.

Dessa primeira apreensão, é possível afirmar que as duas equipes estudadas assumem e valorizam o caráter interdisciplinar do trabalho que desenvolvem.

Na trajetória percorrida desde sua implantação até o presente momento, e considerando o contexto da atenção à saúde em que se inserem, as duas experiências se colocam como inovadoras frente à instituição em que estão inseridas e ao Sistema Único de Saúde. Com especificidades próprias, cada uma delas busca, em sua realidade, a construção de uma proposta de trabalho interdisciplinar, com vistas à atenção integral de grupos de usuários em situações específicas de vida. Trazem, nesse sentido, contribuições para pensar as Novas Formas de Organização do Trabalho institucional em saúde.

A caracterização e análise de cada uma das práticas colocam, no entanto, a necessidade de contextualização das mesmas em uma história específica e em um espaço/tempo historicamente determinado, pois, para entender a dinâmica atual dessas equipes, é preciso considerar os condicionantes sociais, profissionais e institucionais

que determinaram sua existência.

As duas experiências surgem ao final da década de 80 e início dos anos de 1990, quando é possível identificar, no plano mais global da sociedade, e também na realidade brasileira, aspectos importantes que influenciam a produção do conhecimento, o trabalho e a atenção à saúde.

No campo da saúde, Mendes (1993, p. 19-20) identifica que

o sistema de saúde brasileiro transitou do sanitarismo campanhista para o modelo médico-assistencial-privatista, até chegar aos anos 80, ao projeto neoliberal. [...]. Ao início dos anos 90, tendo como pano de fundo uma profunda crise econômica e política, apresentam-se, na área sanitária brasileira, dois projetos alternativos em permanente tensão: um portador de nítida hegemonia, o projeto neoliberal e, outro, contra-hegemônico, a reforma sanitária.

Outro fator diz respeito ao fenômeno mundial de aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, o envelhecimento populacional, requerendo políticas especiais para enfrentamento dessa nova realidade social. Além disso, ocorre, também, uma mudança no perfil de morbidade da população, com incremento nas estatísticas de doenças crônico-degenerativas, cardiovasculares e do câncer. Também, o avanço tecnológico, com o surgimento de novos meios diagnósticos, a descoberta e utilização de medicamentos e muitos outros, tem contribuído para o tratamento de doenças crônicas, degenerativas e oncológicas, resultando no aumento da perspectiva de vida das pessoas nessas condições.

No que diz respeito ao conhecimento, intensifica-se o debate acerca da produção do conhecimento fragmentado e de suas limitações para resolver os problemas complexos que afetam a humanidade. Ao mesmo tempo em que se observa o crescimento das especializações, em todos os ramos do conhecimento, discute-se a necessidade de expansão do conhecimento interdisciplinar.

Em relação ao trabalho, a mundialização da economia e as mudanças no mundo do trabalho, com a sua flexibilização e a formação de redes empresariais, trazem também, à discussão a necessidade de profissionais mais instrumentalizados/as para um trabalho mais diversificado. Nesse contexto, passam a ser discutidas diferentes experiências na organização e gestão do trabalho, que se identificam com as NFOT.

A esses fatores, soma-se o espaço que o trabalho desenvolvido em equipes

multiprofissionais de saúde ganha no Brasil, na discussão da reforma sanitária brasileira, e que, de alguma forma, tem sido incorporada às políticas públicas, a exemplo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com vistas à melhoria da qualidade da assistência e à assistência integral.

Nesse contexto, e no cenário da reforma sanitária brasileira, que tem incorporado propostas de ruptura com o modelo biomédico e de construção de um novo modelo assistencial em saúde, no qual se destaca a estratégia de saúde da Família (ESF), o trabalho desenvolvido em equipes interdisciplinares de saúde ganha destaque. Alguns grupos profissionais passaram a perceber as mudanças no perfil epidemiológico e as insuficiências do modelo tradicional de atenção para a resolução dos problemas que estavam a sua frente. As duas experiências estudadas na presente investigação transitam por esse mesmo caminho, embora se dediquem a usuários em situações diferenciadas de vida e de doença.

Não basta, porém, a percepção e o reconhecimento dos problemas existentes, para que se efetue de pronto a mudança da prática. O projeto interdisciplinar, embora considerando os determinantes históricos que levam a sua formação, não acontece espontaneamente ou por prescrição de políticas de saúde. É preciso lembrar que a formação do/a profissional de saúde, ainda hoje, é fortemente influenciada pelo modelo biomédico hegemônico e que a prática profissional reflete essa influência.

Assim, a concretização de um projeto dessa natureza demanda ações que vão desde os macro-espços sociais, passam pela formação profissional e por iniciativas concretas nos micro-espços de trabalho.

CAPÍTULO VII – RELAÇÕES DE TRABALHO E SUBJETIVIDADE NAS EQUIPES INTERDISCIPLINARES

O trabalho interdisciplinar pressupõe novas formas de relacionamento, tanto no que diz respeito à hierarquia institucional, à gestão, à divisão e à organização do trabalho, quanto no que diz respeito às relações que os/as trabalhadores/as estabelecem entre si e com os usuários do serviço. Essas mudanças se distanciam da fragmentação e hierarquização taylorista-fordista e se aproximam das chamadas “novas formas de organização do trabalho”.

Os/as integrantes do estudo expressaram que a atuação interdisciplinar coloca a necessidade de relações com base na comunicação autêntica; no respeito ao/a outro/a e ao seu conhecimento, no acolhimento às diferenças; na cooperação e na troca entre as disciplinas; na interação entre os/as profissionais; na articulação dos saberes e fazeres; na horizontalização das relações e na participação coletiva na tomada de decisões, com base na construção de espaços para a elaboração e expressão de subjetividades.

Relataram também que a atuação interdisciplinar propicia um outro modo de relacionamento com o usuário/familiar, estimulando a percepção e a atenção às outras necessidades, além daquelas relacionadas à doença ou ao motivo que os/as levou a buscar os serviços de saúde.

Com base nessas considerações, neste capítulo, tratei dos aspectos referentes às relações nas equipes interdisciplinares, seja entre trabalhadores/as, seja destes/as com os usuários. Abordei, também, a expressão da subjetividade no trabalho com vistas a analisar a influência potencial desses aspectos na configuração de novas formas de organização do trabalho em saúde.

7.1 INTERAÇÃO, ARTICULAÇÃO E PODER NAS RELAÇÕES PROFISSIONAIS

Segundo os/as integrantes do estudo, de modo geral, as relações de trabalho, nas suas equipes interdisciplinares, são consideradas satisfatórias, constituindo-se em um

dos fatores que motivam a permanência dos/das profissionais nas equipes estudadas, especialmente quando comparadas às relações vivenciadas em outros espaços profissionais. Há a preocupação com o acolhimento dos/das profissionais que chegam para integrar o grupo, em valorizar a criatividade, bem como o respeito aos seus componentes.

Hoje, eu fico muito feliz por ter um grupo sem tensão. Existem idéias diferentes, mas não existe aquela tensão, e nem competitividade entre o pessoal (m5/EG).

[...] Quando entrei, eu me assustei, porque nunca tinha visto um grupo assim. Isso é tudo muito bonitinho nos livros, em sala de aula. Mas logo que cheguei: nossa! Mesmo sem me conhecerem, eles já tinham ficado animados de ter um fisioterapeuta na equipe. Perguntaram se eu tinha gostado, passavam os pacientes. Isso não tinha acontecido em outro lugar. [...] é uma equipe muito boa de trabalhar (fs/ECP).

Eu senti dificuldades nos outros vínculos que eu tive lá fora. [Aqui] todos nós somos importantes. Do triângulo ao piano. Tanto do secretário da limpeza como ao médico [...] eles valorizam. [Também] depende de cada pessoa. [...] quem nos dá o valor somos nós mesmos. Não é porque somos técnicos que temos que estar embaixo da pirâmide. [...]. O técnico de enfermagem é um profissional importantíssimo na instituição [...]. Eu não fiz as coisas ficarem diferente? Eu valorizei, eu soube aplicar toda a minha criatividade, este meu conhecimento. Fazendo projetos e podendo participar das coisas. [...]. Nós temos uma facilidade de falar com profissionais médicos. Poder chegar e conversar, poder discutir, por incrível que pareça. Eles conversam [...] até mesmo com os técnicos de enfermagem (te2/ECP).

No entanto, as relações profissionais modificam-se a cada momento, definindo a maior ou menor abertura para a interação entre os/as profissionais. Os problemas que surgem na realização do trabalho afetam as relações entre os/as integrantes das equipes e entre eles/as e os usuários e familiares.

É a equipe que eu conheço que tem o melhor relacionamento entre profissionais. Acaba gerando um bom relacionamento pessoal também. [...] Vínculos de amizade. [...] Existem algumas desavenças [...]. Mas não são frequentes. Quando acontece, a gente tenta ver o motivo [da] divergência, se é alguma coisa científica que possa esclarecer [...] (m3/ECP).

[...] As relações profissionais são flutuantes. [...] Dependendo de como está o momento, a gente consegue uma abertura maior ou menor com alguns profissionais. [...] É muito difícil trabalhar com o outro, porque é muito difícil trabalhar com a diferença (e2/ECP).

A gente tem uma relação diferenciada, eu acho que por isso é tão esgotante, tão extenuante, porque lidar com os pacientes não é fácil. Nesta fase de doença, então, com as famílias isso às vezes é bastante conflitante e difícil. Acho as pessoas bem preparadas para fazer isso, [para] manter um relacionamento dentro dos objetivos que [se] tem para cada paciente e família. Se o trabalho de equipe não está bom naquele momento, essa relação também não vai estar. É isso que eu sinto. Se, em algum momento, a equipe está com um conflito maior, se fragmentou, ou existe um dilema qualquer, isso se reflete na assistência. [...] É visível. Aí a gente tem que se reunir e tomar alguma providência. Conversar geralmente (m1/ECP).

Segundo os/as integrantes da equipe de cuidados paliativos, as maiores dificuldades nas relações de trabalho são resultantes de conflitos profissionais, especialmente entre a área médica e de enfermagem. As relações entre essas categorias profissionais afetam significativamente as relações grupais e os/as profissionais das demais categorias sentem-se incomodados/as com esses problemas, pois interferem na equipe como um todo. Ainda assim, para o grupo, há espaço para a conversação, para trabalhar as diferenças e é nesses espaços que os conflitos podem ser resolvidos.

Entre nós, paramédicos, é maravilhosa. Entre nós e médicos têm alguns estremecimentos, algumas brigas. [...]. Não sinto em relação a mim, mas no contexto. O problema maior é dos médicos com a enfermagem. [...] Desestrutura os outros. [...]. Derrubou uma pedrinha derruba todas. [...]. Eles envolvem todo mundo. [...]. Mexe com a equipe. [...]. Daí é aquela cadeia de médico. [...] Cai pra parte mais fraca. [...]. Quando está como eles querem, entre aspas, está tudo bem. [...] Essa coisa de poder médico tem no mundo inteiro [...], mas a gente tem que ir plantando uma sementinha (to/ECP).

Essa dificuldade das relações entre enfermagem e medicina não são relatadas na equipe gerontológica.

Para os/as profissionais médicos/as e enfermeiros/as, o conflito entre as duas categorias tem relação direta com a dependência existente no processo de trabalho da medicina e da enfermagem. Da mesma forma como se colocam como os protagonistas dos maiores conflitos na equipe, estes/as profissionais se percebem como os/as maiores parceiros/as no trabalho. Falando das razões que levam ao conflito entre as categorias, os/as integrantes do estudo relatam que esses são frutos de discordâncias sobre tratamentos e condutas assistenciais, principalmente. Para os/as profissionais da medicina, os/as enfermeiros/as permanecem mais tempo com os/as doentes e familiares, algumas vezes, se envolvem com problemas e situações pessoais e familiares e isso interfere no trabalho.

A diferença de abordagem, nas condutas e tratamentos, são situações geradoras de conflitos, na visão dos/as médicos/as. Essas diferenças acontecem com enfermeiros/as e com farmacêutico/a e, nessa situação, os/as profissionais médicos/as entendem que as divergências têm por base a experiência de cada profissional. Normalmente, não há certo ou errado e, sim, posições diferentes, com base em conhecimentos científicos diversificados. Como os/as médicos/as são tecnicamente os/as responsáveis pela prescrição, nessas situações prevalece a decisão deste/a profissional.

O nosso problema principal é com a enfermagem. Nós médicos [...] sabemos exatamente o que queremos. [...] É só isso, cuidados paliativos. [A enfermagem] está tendendo muito para o assistencialismo. [...] Falta solidez no conhecimento. [...] Uma certeza de que você está fazendo aquilo por conhecimento técnico [que] tem todo um arcabouço de teorias que te sustentam. [...]. Nós não somos uma instituição de caridade [...]. É um hospital e toda teoria que embasa a atuação [...] vem de conhecimento científico, [...] independente de ser médico, enfermeiro [...]. Você está lidando com gente que sofre de uma doença que é traumatizante, é estigmatizante, potencialmente mortal, assustadora e tudo mais que quiser falar. Tem que ter o entendimento disso e atuar com especial carinho com essas pessoas, [...] mas carinho [...] como com qualquer pessoa que está doente. É uma coisa natural que as pessoas saibam, senão ela nem deve atuar na área da saúde. [...]. Só que isso acaba sendo o que predomina. [...] Acaba se envolvendo demais com o paciente, entrando demais na malha das relações deles [...] com coisas que não têm nada a ver com o ambiente do hospital [...]. Tem coisas que a gente pode ter conhecimento e às vezes deve ter conhecimento. Ajuda a entender com que pessoa você está lidando. [...] Te ajuda, mas não pode [determinar] o tipo de profissional que você é. [...] Não é toda a enfermagem. Eu reconheço enfermeiros que são extremamente capazes, profissionais e humanos. [A enfermeira X] eu considero minha referência na enfermagem. [...] O que *ela* falar ou sugerir vai ser sempre considerado. Eu nem penso [nela como] enfermeira. [...] É uma profissional que está ali com a gente, tem voz igual a um médico. Sem peso nenhum. [...] É de uma área diferente, mas que atua em conjunto (m2/ECP).

Às vezes são idéias diferentes, formações diferentes. Por exemplo, uma formação holística e natural, que o médico não tem e não acredita. Não estou dizendo que é certo ou errado, mas não temos formação profissional pra dar embasamento num tratamento natural. [...] Isso cria um conflito. [...] Às vezes a enfermeira acha que deve ser feito de uma forma, eu acho que de outro, a gente conversa e tenta chegar ao melhor. A farmácia, às vezes, decisões de dose, mas é formação acadêmica, cada um tem a sua, existem trabalhos que provam que uma coisa está certa e trabalhos que também provam que a outra coisa está certa. Vale a experiência de cada um. Como o médico é o responsável pela sua prescrição, se eu tenho experiência de usar daquela forma, eu sou responsável por aquilo que eu estou usando. [...] A enfermagem é quem mais fala com o paciente. E o paciente às vezes fala coisas para a enfermagem que não fala pra nós. Isso causa uma angústia na enfermagem que a gente nem está sabendo. [...] Aí a interdisciplinaridade. [...] Tem que trazer essa informação, tem que discutir pra saber o que é o melhor. [...] São as duas categorias que mais interagem [...]. Tem conflitos, mas a gente depende deles. Antagônico? Mas é isso que acontece mesmo. Nós dependemos um do outro. O médico sem a enfermeira não consegue trabalhar e a mesma coisa é o enfermeiro com o médico (m4/ECP).

Para os/as profissionais enfermeiros/as, os conflitos existentes entre a categoria médica e a enfermagem têm raízes culturais e históricas, acontecem muito em função da formação profissional diferenciada e do peso dado historicamente às condutas médicas na assistência ao doente. Destaca-se também o corporativismo dessas categorias no trabalho em saúde e a defesa que cada uma faz de suas posições e profissões.

Muito. Até por causa da história. E muito mais até com o médico e a enfermeira. Não que a gente não tenha conhecimento como o médico. Temos. A gente tem toda uma formação acadêmica muito boa. Mas só que culturalmente ele é o doutor. Existem umas animosidades. [...] Com todo mundo, com qualquer outra profissão. Todo relacionamento tem que ter umas animosidades de vez em quando, até para dar umas sacudidas. [...] Dependendo dos interesses particulares de cada um, é bem

difícil. [...]. Nós temos interesse de que sempre a enfermagem se dê bem. Vamos defender o nosso grupo. E a equipe médica também [faz o mesmo] (e3/ECP).

Outro problema relacionado pelos/as demais profissionais da equipe diz respeito à dificuldade de se fazerem ouvir. Nesse sentido, muitas vezes, vivenciam o sentimento de exclusão, sentem que suas opiniões não são igualmente valorizadas (como as dos/as médicos/as) na definição das ações que são planejadas para o/a doente.

Quando eu falo, sim. Se eu deixar de falar não importa pra eles. [...]. Às vezes eu quero dizer uma coisa, eu digo, mas eles não ouvem muito não. Mas eu digo (nt/ECP).

Para Peduzzi (1998), a atuação em equipe, para se dizer interdisciplinar, precisa aproximar-se da prática do trabalho desenvolvido em uma “equipe integração”, no qual se produziriam relações com base na interação dos agentes e na articulação dos saberes e fazeres.

Para a autora, interação é entendida como uma prática comunicativa, que se caracteriza pela busca de consensos entre os/as envolvidos/as no processo de trabalho em saúde, de modo que estes/as possam argumentar, reciprocamente, em relação ao trabalho cotidianamente executado e construir um projeto comum. A articulação representaria as conexões entre os diferentes saberes e fazeres envolvidos no cuidado à saúde, conexões que ocorrem de modo ativo e consciente, sendo evidenciadas pelo agir dos/das profissionais (PEDUZZI, 1998).

A articulação e a interação dependem do modo de produção do trabalho em saúde, de como os/as trabalhadores/as gerenciam e aplicam os conhecimentos e técnicas próprias de cada profissão na produção das atividades necessárias à atenção em saúde, de como se estabelece o encontro entre os/as profissionais e destes/as com os usuários, dos consensos e conexões produzidos nesse encontro.

A articulação e a interação na equipe interdisciplinar acontecem considerando a assimetria das relações, sejam elas entre os/as trabalhadores/as ou entre trabalhador/a e usuário, uma vez que envolvem conhecimentos e práticas distintas, reconhecidos e valorizados diferentemente no conjunto do trabalho em saúde. Nessa perspectiva, ouvir o/a outro/a, considerar cada contribuição na definição do trabalho a ser realizado, é parte da constituição de um trabalho de natureza interdisciplinar.

Cecílio (1997a, 1999) e Carapinheiro (1998), dentre outros/as autores/as, têm

contribuído para a análise do trabalho nas instituições hospitalares e das relações aí estabelecidas.

Cecílio (1994, 1997a, 1997b, 1999) explora a complexidade das instituições hospitalares e os projetos políticos diferenciados que convivem em cada instituição dos quais são protagonistas médicos/as, enfermeiros/as, pessoal das áreas administrativas e, em menor escala, os/as demais profissionais, psicólogos/as, nutricionistas/as, assistentes sociais, farmacêuticos/as, fisioterapeutas e outros/as.

Nesse sentido, destaca as disputas que se desenvolvem nesse cenário e salienta o papel dos/as médicos/as e enfermeiros/as. Afirma que, para adotar modelos mais democráticos e participativos de gestão e organização do trabalho, é necessário “mexer em esquemas de poder” e que isso envolve uma gama de trabalhadores/as no meio hospitalar: os/as médicos/as que possuem muito poder; os/as enfermeiros/as, cujo poder é mais marcante quando visto da perspectiva interna à profissão e em relação a outras categorias profissionais, mas não com relação à medicina. Aponta o autor que qualquer mudança na estrutura de gerenciamento dessas organizações implica em negociações com os diversos segmentos, mas que as possibilidades de negociações no trabalho em saúde têm limitações. Os/as médicos/as resistem às mudanças, pela não adesão aos projetos, e a enfermagem, ainda que se coloque mais aberta às negociações, tende a rejeitá-las quando estas afetam o núcleo de poder da profissão (CECÍLIO, 1997a, 1999).

Carapineiro (1998) discorre sobre a hierarquia de autoridade nas instituições hospitalares, que segue da direção até os níveis mais baixos da pirâmide hospitalar, destacando, no entanto, a existência de uma segunda linha de autoridade, que atravessa a estrutura dessas instituições e que é representada pelos/as médicos/as,

em função de possuírem estes profissionais o saber capaz de curar doenças e de salvar vidas e na competência técnica, que lhes permite opor e sobrepor às exigências da administração as exigências decorrentes do trabalho clínico e a defesa de privilégios profissionais no interior do hospital (CARAPINEIRO, 1998, p. 46-47).

Para essa autora, o hospital é um lugar altamente profissionalizado, que reúne

uma diversidade de profissionais com diferentes tipos de formação e socialização profissional, com diferentes posições hierárquicas e também diferentes localizações na divisão do trabalho. Cada profissão salienta não apenas a diversidade de treinos e

competências, mas também a diversidade de ideologias relativamente a questões tão importantes como a etiologia e o tratamento das doenças, constituindo-se desde logo estes elementos como condições de base para o desencadeamento de múltiplos processos de negociação (CARAPINHEIRO, 1998, p. 63).

Cecílio (1997a, 1997b, 1999), Campos (1997) e Carapinheiro (1998) entendem que as possibilidades de negociação entre os/as trabalhadores/as na instituição hospitalar precisam ser pensadas a partir daquilo que estes/as têm em comum: a atenção aos usuários do serviço.

É sobre esse aspecto que, muitas vezes, se referem os/as profissionais das equipes estudadas, quando citam que, apesar das dificuldades e das diferenças, possuem um “objetivo único” que os guia, que dá o norte ao trabalho, que é a assistência integral de melhor qualidade aos usuários do serviço.

7.2 AS RELAÇÕES PROFISSIONAIS/USUÁRIOS E FAMILIARES E OS ELEMENTOS GERADOS A PARTIR DESTE ENCONTRO: ACOLHIMENTO, VÍNCULO, RESPONSABILIZAÇÃO E AMPLIAÇÃO DO ACESSO

Ainda sem desconsiderar as dificuldades existentes, os/as profissionais das duas equipes referem que a prática interdisciplinar possibilita relações diferenciadas dos/as profissionais entre si e entre eles/as e os usuários do serviço.

Os usuários dos serviços prestados pelas equipes estudadas destacam o melhor atendimento às suas necessidades, o recebimento de uma atenção mais humanizada, a proximidade que conseguem estabelecer com algumas categorias profissionais e a confiança que depositam no serviço e nos/as profissionais. Relacionam esses fatores à atuação diferenciada dos/as trabalhadores/as que os/as atendem, pela comunicação e informações que lhes são prestadas.

Os outros lugares... [...] Eu usei só especialidade, porque aí é assim, você precisa operar o tórax tu vais pro tórax; pulmão, tu vais para o pulmão. Não tens envolvimento da oncologia nos outros hospitais. Com os médicos é a mesma coisa, um paciente oncológico ele já dá um atendimento mais humanitário. [Com os outros profissionais] é totalmente diferente. [Aqui] o dia a dia deles é uma preparação, enquanto que nos outros hospitais você é mais uma. Eles não têm preparo. A única coisa que você percebe é que quando sabem que você é uma paciente oncológica eles te olham como um condenado a morte já. [Os profissionais] não têm informações mais modernas sobre o que está acontecendo na área da oncologia.

Então você causa um pouco de lástima. Mas também depende, porque se for um lugar como o Hospital X que é muito grande... Eu fiquei 10 dias, mas vou te contar, foram 10 dias de terror. Lá eles já estão no piloto automático. Tanto faz! Lá eu não senti nenhuma sensibilização em relação ao tipo da doença. Que mais eu posso dizer? Sinceramente até as mulheres da limpeza são agradáveis, dá para pedir as coisas (us1/ECP).

Eu gostaria que isso se expandisse pro estado todo. Que não precisasse vir tão longe. Tem [nas cidades X e Y], só que ela não quis ir pra lá. [...]. Sabes o que é confiança? Nós podemos levá-la pra lá. [...] Até achávamos melhor, lá tem mais pessoas da família que podem ajudar. [...]. Só que o Dr. X e a equipe de enfermagem acharam melhor consultá-la e ela não quer ir. Ela tem aquela esperança de melhorar e diz que só sai daqui quando estiver boa. [...]. Tudo que o paciente tem vontade de comer é feito. [...] Todos dão liberdade pra gente. [...] Aqui eles são especialistas. Entram sorrindo, brincando e animam a pessoa. Os profissionais de lá deveriam vir aqui pra aprender. Porque a pessoa já está doente. [...] Eles vão ao quarto, o fisioterapeuta ensina como colocar as pernas, mexer. Tudo é ensinado (fm1/ECP).

Na fala dos/as integrantes das equipes interdisciplinares, o vínculo é percebido na confiança depositada pelos usuários nos/as profissionais, na equipe e na atenção recebida, destacando-se o processo de acolhimento e de escuta de suas necessidades.

É a confiança deles. Eles confiam. Gostam do trabalho que a gente faz. E eu acho que a gente faz um bom trabalho. Não vou dizer pra ti que é o melhor trabalho do mundo, mas faz um trabalho legal. [...] Consegue passar essa segurança, essa confiança. [...]. Eles se sentem seguros de ter o [...] o doente em casa, porque a gente dá uma boa retaguarda (te1/ECP).

A gente tem uma relação diferenciada, eu acho que por isso é tão esgotante, tão extenuante porque lidar com os pacientes não é fácil. Nesta fase de doença [...] às vezes é bastante conflitante e difícil. Acho as pessoas bem preparadas para fazer isso. [...] Elas conseguem [...] manter um relacionamento dentro dos objetivos que a gente tem para cada paciente e família. Se o trabalho de equipe não está bom naquele momento, essa relação também não vai estar. [...]. Se em algum momento a equipe está com um conflito maior, ou se fragmentou, ou existe um dilema qualquer, neste momento, isso se reflete na assistência [...]. Aí a gente tem que se reunir e tomar alguma providência. Conversar, geralmente (m1/ECP).

E a questão de sentar, de olhar no olho. Sabe aquelas aulas que a gente tem na faculdade de relação interpessoal? Eu vejo tudo isso ser feito. A questão de chorar. Não de chorar junto. Não é isso, mas de tu ficar ali um tempo ouvindo aquela pessoa. E não ficar olhando no relógio, que tenho que atender outra pessoa (e1/ECP).

Sobre a relação dos/as profissionais com os usuários, destaca-se, da parte dos/as primeiros/as, a preocupação com o acolhimento do usuário e de suas necessidades, com a resolução dos problemas que levaram essa pessoa em busca dos serviços de saúde, com a garantia de acesso ao serviço quando necessário.

Eles ligam e a gente encaixa. No paliativo sempre que chega a gente ou o médico que está presente dá uma olhada. [...]. Coitados. No final de semana, às vezes eles preferem não ficar bem em casa a ir para uma emergência. [...] Se a gente puder facilitar, facilita. [...]. Às vezes eu vejo os médicos. Ligam para um colega para

atender ele em tal lugar e marcam (te1/ECP).

Alguns eu vejo, outros eu ouço, porque nem sempre estou junto. [...]. Tu consultas no ambulatório. Se tu tens algum problema só vão ser atendidos quando tiver vaga, marcar consulta. E conosco não acontece isso. Se foi dado uma medicação, se por algum motivo a medicação não está fazendo bem, ele sabe que vai ligar pra nós, vai retornar e nós vamos intermediar e que o profissional médico vai atender (e4/EG).

Contudo, existem falhas nos esquemas propostos pelas equipes e os/as profissionais não ignoram essa situação. Nesse sentido, avaliam que nem sempre o projeto grupal se consolida conforme o planejado, por diversas situações, desde problemas macro-estruturais até diferenças da abordagem feita por membros da equipe.

Ainda têm falhas, [...] a equipe é muito heterogênea. [...] Tem alguns enfermeiros da noite que não conseguem enxergar tudo isso que a gente faz. [...] Por culpa nossa também, porque a gente [...], conversa com essas pessoas muito pouco. Então, nos finais de semana, algum paciente com problema, neste horário, ele é encaminhado equivocadamente pra emergência. Ele poderia estar sendo encaminhado para cá, porque tem médico. [...]. Têm falhas sim, porque nós não temos pronto atendimento. Na hora em que a gente tiver isso na nova estrutura e que o paciente estiver sendo visto no mesmo local, talvez isso não seja tão traumático. Porque isso é uma coisa muito dolorosa para o paciente. Talvez no momento em que ele mais precisa, não consegue. Os pacientes do PID estão mais protegidos e os pacientes mais antigos, mais conhecidos, também estão mais protegidos. Isso geralmente ocorre com os pacientes mais recentes no serviço, com a família mais confusa. Às vezes eles ficam padecendo lá na emergência, podendo estar aqui. Mas eles têm bastante acesso (m1/ECP).

No entanto, avaliando as ações da equipe, os/as profissionais entendem que os objetivos assistenciais das equipes são atingidos satisfatoriamente. Os usuários dos serviços oferecidos pelas equipes interdisciplinares são mais bem acolhidos, se considerada a assistência prestada pelos demais serviços da instituição, dispõem de acesso aos profissionais, a assistência é mais resolutiva e os usuários se sentem mais amparados em suas necessidades.

Eu posso te dizer o que os clientes relatam. Eles se sentem amparados, acolhidos. Em qualquer momento em que precisem, eles vêm até nós e a gente resolve, tenta encaminhar. De certo modo, eles são tratados diferente. Em primeiro lugar, eles sabem que a gente recebe bem, a gente ouve. Encaminha da melhor forma, resolve as questões que aparecem [...]. Dentro daquilo que nos é possível. Nós percebemos que as pessoas que consultam com a gente, não internam muito. Claro que, devido à faixa etária, de vez em quando ocorre uma baixa. [...]. Quando internam, vão lá avisar para a gente visitar. Quando vai a óbito, eles vêm avisar, ligam para dizer quando foi, como foi. Quando dá, a gente vai ao velório, quando não dá não vai (e4/EG).

A forma como ele chega ao hospital. O fato de não estarem naqueles corredores ali, de ter uma salinha de espera, ter alguém ali que escute o que eles estão dizendo, poder chegar, tentar encaixar quando dá, por mais que às vezes não se consiga. [...] É diferente o tratamento deles (ps/EG).

Quando eu vim para a *instituição* [...] eu ouvia dizer [que] o paciente *daqui* nunca

fica muito tempo em outra instituição. Eu pensava que era pela complexidade do serviço, [...] do tratamento de um paciente com câncer, mas hoje eu percebo que não. [...] O paciente que vem à instituição [...] ele conhece e vivencia uma outra modalidade de atenção. Partindo deste pressuposto, ele passa a solicitar essa modalidade de atenção em qualquer outro lugar. [...] Uma das coisas que eu acho fantástica aqui dentro é a orientação de alta. No pé da folha de orientação de alta você tem os telefones de contato da instituição, do hospital, do ambulatório e com todos os nomes dos enfermeiros da instituição. [...]. [A] gente amarrou os telefones ali embaixo. [...] Tem que dar uma brecha, tem que dar segurança a essa família para que ela possa ligar para a unidade e conversar com pessoas que ela conhece. Se ele foi de alta e houve uma mudança [...] e precisa procurar uma emergência que a gente não tem [...] já orienta a família para que o clínico que [fez] o atendimento [seja] alertado que deve entrar em contato com o médico que faz o tratamento deste paciente. [E] antes da remoção do paciente do domicílio para uma emergência, [...] pedimos para a família que faça um contato com a unidade, para que [se] possa estar mapeando este paciente, para saber em que emergência ele está, em que estado ele está e o que ocasionou a ida dela à emergência (e2/ECP).

Há um diferencial bem grande em relação às outras instituições. [...] Eu vejo que isso ofusca nos olhos de quem chega aqui. [...]. E é bem legal. Por isso eu estou aqui há 10 anos. [...] É um chamamento para a gente ficar. Quem tem perfil fica. Fica e se inebria, se contagia com essa questão. Poder contribuir de uma forma diferenciada. [...] E a contribuição que a gente dá para o paciente é estar indo além da ação pura e especificamente técnica. É poder estar repensando nele como um todo. E a gente chega nisso. Chega com muita facilidade. Chega a emocionar. Nossa! Não é o leito 2, não é fígado e tal. Ele é o fulano de tal, ele tem a família tal. Ele tem isso, isso e aquilo. Ele gosta da gente. A gente faz casamento aqui, se faz aniversário, aqui se faz tudo (fr/ECP).

Uma questão de honra pra nós no ambulatório: o paciente não vai embora antes que se resolva, ou que se dê um encaminhamento, ou que saia melhor do que ele entrou. Mas, ainda assim, esse paciente não está recebendo a atenção que ele poderia receber e que faria com que ele usufruísse melhor do recurso que a própria *instituição* dispõe. [...]. Dificuldade de transporte, ele não sabe o que fazer, às vezes [...] está totalmente perdido aqui na cidade e aí alguém poderia encaminhar ao serviço social [...], mas não fazem. Recursos disponíveis e, por falta dessa visão, de você querer resolver os outros problemas e não só fazer uma quimioterapia, não só prescrever um remédio [...], mas perceber que estes problemas também prejudicam o paciente. E muitas vezes inviabilizam um tratamento que pode ter sucesso. Não se justifica. Mas isso acontece (m2/ECP).

Antes, a gente fazia o acompanhamento de luto. Todos os óbitos que ocorriam no paliativo eu ligava para as famílias, colocava à disposição, ou até as orientações básicas que às vezes a família fica perdida. Ou até o conforto. Porque, querendo ou não, tu invades a casa deles [...] estás dentro do contexto familiar. E aí quebra. Morreu, a equipe não vai mais, acabou. Então, eu fiquei com o paciente do PID quase um ano de acompanhamento de luto. Tem familiares de pacientes do PID que até hoje [têm] uma relação [...] um vínculo. Alguns [ainda faço] Antes era rotina (as1/ECP).

A atuação em equipe interdisciplinar proporciona um outro entendimento sobre o usuário e sobre a sua vida, distanciando-se da visão focada na doença e aproximando-se da visão dos mesmos como seres humanos com suas individualidades e relações familiares e sociais.

Eu, particularmente, acho que esse paciente deve ficar em casa. Eu fico agoniada quando eles ficam no hospital. [...] Não é justo, pelo tempo curto de vida que eles

têm. Talvez eles nem consigam enxergar isso, mas é a família quem dá maior apoio a eles, a gente não pode achar que é mais importante que a família, que o meio ambiente, que o ser social que eles são. A gente não pode afastar esse paciente, geralmente o tempo é muito curto, eles perdem isso quando estão hospitalizados. Por mais flexível que a gente seja, por mais que veja esse paciente como um todo, nunca ele vai ser visto como em sua casa. Lá ele é uma pessoa especial. Aqui, pra nós, ele é um paciente. Então, a gente tem muito carinho de ver esse paciente em casa. Infelizmente a gente só tem uma equipe em casa, isso restringe bastante a nossa atuação, até pela situação de recursos humanos no serviço público (m1/ECP).

Os relatos de usuários e de familiares falam também do modo como o serviço funciona e o suporte que oferece aos familiares e doentes. No serviço de cuidados paliativos, o contato via telefone, quando de alguma intercorrência, a possibilidade de contato entre profissionais de outras instituições e os/as profissionais da equipe facilitam o encaminhamento e a solução dos problemas mais rapidamente, evitando o sofrimento do/a doente e o desgaste dos/as familiares.

Se você procura o profissional errado, eles te encaminham pro profissional certo. Quando ela saiu daqui, *o Doutor* deu o telefone do hospital e *o dele* particular. Pra não incomodar, a gente ligou para o hospital e *ele* estava lá. Nós conversamos por telefone, ele já conhecia o caso. Deixou o internamento pronto para quando a gente chegasse. É mais seguro. Essa foi a informação que a gente levou. Se ela sentisse alguma coisa [em sua cidade de origem] era para ir pro hospital e pedir para os profissionais entrarem em contato com eles aqui. Dá uma tranquilidade, eu acho que eles estão super certos. Se eu for pegar um profissional lá [na cidade], ele vai ter que estudar todo o caso de novo. Ele vai perder tempo e ela vai sofrer (fm1/ECP).

Pelo telefone. Ele estava em casa, deu uma diarreia e ligamos pra cá e o enfermeiro orientou a gente. Qualquer coisa liga, eles atendem (fm2/ECP).

No serviço de gerontologia, a possibilidade de recorrer ao ambulatório, mesmo quando não possuem consultas agendadas, facilita a situação do usuário quando este necessita de receitas médicas e outras orientações, evitando a interrupção do tratamento. Em todos esses casos, mesmo quando os/as profissionais não resolvem a situação de imediato, os usuários sentem-se acolhidos em suas necessidades, porque são recebidos, são ouvidos e orientados.

[Outro dia] eu vim fazer consulta e não tinha vaga para a Doutora. Daí eu disse que precisava de uma consulta para pegar remédio [porque] não tinha receita. Num instantinho a [enfermeira] já tinha a receita. Eu pego remédio lá no postinho, tem que ter a receita, então tudo isso é uma facilidade pra gente. E elas são muito atenciosas, dão explicação (us3/EG).

A falta de atenção dos/as profissionais de saúde, no momento do atendimento e da prestação de cuidados, tem sido uma queixa de muitos usuários dos serviços de saúde (MATOS, 2002; GUIZARDI, PINHEIRO, 2005). Pesam negativamente na

relação usuário/profissional, a impessoalidade e as relações superficiais que os/as trabalhadores/as têm mantido com a pessoa que busca esses serviços. A atenção das equipes e a disponibilidade para conversarem, ouvirem as situações que envolvem a vida e a doença, as dificuldades familiares são consideradas como fator positivo no atendimento que recebem.

Ainda na equipe de gerontologia, observei durante a investigação, ao participar das reuniões de familiares cuidadores/as de pessoas portadoras de Alzheimer, as possibilidades colocadas de atuação junto aos usuários e os efeitos dessa ação de cuidado para a satisfação com a atenção recebida.

Nesse grupo, a atuação da equipe, o estímulo à participação e o apoio aos familiares que cuidam das pessoas doentes têm demonstrado possibilidades de construção de mecanismos efetivos de ajuda em situações crônicas de saúde. Muitas vezes, a situação de doença vivida por um de seus integrantes causa desestruturação na família, podendo afetar, especialmente, àqueles que desempenham o papel de cuidadores/as.

Sobre esse aspecto, foi importante acompanhar algumas reuniões e poder perceber o vínculo que os/as profissionais e os/as familiares estabelecem entre si, a solidariedade e a responsabilização de uns pelos outros. No grupo, a vivência dos/as cuidadores/as é compartilhada, criam-se espaços de lazer compartilhados com os/as doentes, os/as familiares e os/as profissionais, possibilitando a interação entre os/as envolvidos/as, a aprendizagem e a convivência social.

Pesa significativamente para essas famílias, o acolhimento que recebem do grupo e dos/as profissionais para o entendimento das etapas da doença, dos sentimentos que resultam da convivência com o/a doente, da possibilidade de compartilhar suas dificuldades com pessoas que vivenciam os mesmos problemas, conforme pode-se observar no relato abaixo:

A reunião de cuidadores/as é iniciada com a apresentação dos/as participantes, os quais dão boas vindas a duas mulheres que estavam presentes na reunião pela primeira vez. Abrindo espaço para as apresentações o/a profissional que conduzia a reunião, perguntou se as mesmas gostariam de colocar os motivos pelo qual estavam ali. Uma das senhoras iniciou colocando a doença que se instalara no pai, a ida a dois neurologistas com diagnósticos diferenciados, quanto ao Alzheimer, mas coincidentes quanto ao quadro demencial. Relata a perda gradativa da memória, a ansiedade do pai, porque quer lembrar o nome das coisas e não consegue, quer falar e não consegue. Diz que iniciaram terapia ocupacional, por orientação médica, mas

não está ajudando muito. Revelam dúvidas quanto ao diagnóstico e intranquilidade quanto ao tratamento. Outros/as familiares ouvem atentos ao relato, auxiliam o/a profissional que conduz o grupo, intercalam com colocações sobre os seus familiares, tentando deixar as senhoras à vontade. O/a profissional que conduz a reunião pergunta se já o levaram ao fonoaudiólogo e orienta que isso pode ajudá-lo neste momento. As familiares continuam relatando o que vem acontecendo com o pai, e a não aceitação do diagnóstico pela mãe. Diversas vezes referem dúvidas sobre se este diagnóstico está correto, como deve evoluir a doença, as diferenças do pai com os casos que estão sendo colocados na reunião. O/a profissional pergunta aos demais presentes se alguém gostaria de falar e se algum/a deles/as já havia visto em seus familiares aqueles sintomas. Diversas pessoas se manifestam e contam algum fato semelhante que aconteceu com seus familiares no início da doença. O/a profissional, depois de algum tempo, retoma a palavra, esclarece dúvidas e faz uma explicação sobre doença. Utiliza-se da figura de um guarda-chuva para falar sobre os tipos de demência. Solicita que pensem em um guarda-chuva com muitos varões presos no final por uma coluna única. 'As demências são assim. São muitas. E têm muitos nomes. Não interessa muito nesta fase saber o nome dela. Importa saber o que elas têm em comum e que todas levam ao mesmo ponto. O diagnóstico certo vem depois, com o tempo, tem que pensar agora no que fazer para dar qualidade de vida a ele e ao cuidador. Trazer a mãe para grupo, porque ela precisa de ajuda'. Explica como é difícil para o cônjuge entender e assumir as mudanças, ver desaparecer aquele ideal de pessoa com quem ela conviveu a vida inteira. As senhoras falam que é difícil trazer a mãe. Falam da situação familiar, de como está difícil resolver as coisas, porque, conforme o que dizem, magoam a mãe, se não concordam, magoam o pai. Já perceberam que mãe está doente, apesar de não ter doença física e que estão tentando uma tática de dar mais atenção a ela. Às vezes, a mãe insiste em dizer a elas o que o pai fez de errado, na frente dele. Pedem para que não faça isso, mas daí ela fica magoada. O/a profissional explica que é natural a mãe fazer isso, ela precisa denunciar o que está acontecendo com ele. Para ela, é muito difícil aceitar que aquele homem que tomava as decisões, com quem ela partilhou muitas coisas, tenha agora ficado assim. Tem que entender este lado dela. Ela precisa se queixar dele, pois tem que dizer do desempenho dele que está diminuindo. A familiar concorda: é bem assim, o pai decidia tudo, hoje não trabalha mais com dinheiro, banco, cheque; ela é quem cuida de tudo. Ele perdeu a noção de dinheiro. Ele é saudável em todo o resto, não tem nada fisicamente. Grupo comenta que esta é outra característica da demência. Que a saúde física se mantém. Demais integrantes do grupo participam de todo o diálogo, expondo situações que passaram, fazem algumas perguntas, comentários. Escutam quando senhoras lamentam-se, colocam-se disponíveis para auxiliar, trocam idéias. Reforçam a necessidade de apoiarem a mãe nos cuidados. Transcorrida a reunião neste clima, ao final, já mais à vontade, as senhoras comentam como ficaram impressionadas ao ouvir tantos homens cuidando de mulheres, estando ali. E que logo de chegada tinham comentado entre elas como seria se a doente fosse a mãe e não o pai, porque não sabem se o pai teria condições de assumir o cuidado. Um dos integrantes do grupo explica então que, em seu entender, 'Deus não escolhe os preparados, ele prepara os escolhidos'. Ao final da reunião, acontece sempre um momento de lazer, com lanche, conversas animadas e os/as integrantes do grupo conversam sobre a positividade das reuniões para sua saúde mental, para enfrentar os próximos dias. Planejam já a reunião seguinte, os lanches, temas que gostariam de abordar... (NOTA DE CAMPO, 2005).

Segundo Campos (1994), a invenção de possibilidades de apoio às pessoas e às famílias que convivem com doenças crônicas é papel dos/as profissionais de saúde e das instituições comprometidas com a qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde. Ao abrirem espaços para essas ações, os/as profissionais e as instituições estão cumprindo um importante papel a eles reservado e que ultrapassa a pura ação de tratar

as doenças e as queixas das pessoas, propiciando novos caminhos para o enfrentamento da doença e possibilitando a construção e o exercício da autonomia dos indivíduos, familiares e grupos sociais.

Dentre as situações que causam insatisfação entre os usuários do serviço de gerontologia, foi mencionado o tempo de espera para a consulta médica, que é considerado elevado. Os/as profissionais/as do serviço sabem dessa insatisfação, porém, como o serviço possui limites de profissionais e consultórios para o atendimento, a situação ainda não foi modificada. No entanto, os próprios usuários destacam que a qualidade do atendimento compensa a espera.

Em todo lugar que a gente vai é assim, demora, tem que estar esperando. Mas eles atendem bem (us4/EG).

Tem uma situação ou outra que eles reclamam da demora da consulta. A gente explica [que] o idoso precisa de um atendimento mais demorado. Eles acabam entendendo. E não é só com o outro, com eles também vai demorar [...] elogiam muito, deixam a gente até sem graça. [...] É o nosso trabalho. Mas como eles são tantas vezes maltratados em outros lugares, não acreditam que exista um trabalho destes aqui. Um trabalho bom, que é do SUS. [...] Deveria ser assim em todas as áreas, mas às vezes não é (as2/ECP).

Nessa situação específica, os/as profissionais tentam minimizar a insatisfação do usuário através do diálogo, do esclarecimento quanto às possibilidades do serviço e às condições do atendimento ao idoso, que ocorre de modo mais lento, muitas vezes, pelas próprias condições destes/as.

Na equipe de cuidados paliativos, uma situação problemática, na visão dos usuários, diz respeito à inexistência de um serviço de pronto atendimento na unidade hospitalar. Muitas vezes, quando necessitam de atendimento, mesmo seguindo as orientações de ligar para o hospital, de solicitar para o/a médico/a que o atendeu em outra instituição para entrar em contato com o/a profissional da instituição oncológica, isso não acontece, ou demora a acontecer, deixando-os expostos e inseguros. Outro aspecto apontado pelos usuários é que a atuação da equipe multiprofissional restringe-se ao hospital de apoio e que, quando estão em tratamento ambulatorial, não obtêm o mesmo apoio que é dado na unidade hospitalar.

Esse grupo multiprofissional só existe aqui dentro. No ambulatório não existe. Eu só aproveito quando estou aqui. Quinta-feira eu despertei com muita febre e qual foi a informação que eu tive do ambulatório. Que eu tinha que ir à emergência e solicitar

[para entrar em contato] com o médico de plantão do hospital. Fiquei seis horas no hospital, fizeram um montão de exames, não quiseram chamar o médico daqui. Mandaram-me pra casa com antibiótico, porque eu estava ardendo em febre. No outro dia, ligamos novamente [para o ambulatório] e me mandaram vir pra cá. Olha toda a via sacra que eu tive que fazer primeiro. Só [venho pra cá] se o meu médico libera. Daí eu venho direto. Mas não é assim fácil (us1/ECP).

Para usuários e familiares do serviço de cuidados paliativos, um aspecto positivo da relação que estabelecem com os/as profissionais diz respeito à comunicação. Nesse sentido, sentem-se esclarecidos sobre a doença, sobre os resultados de tratamentos e sobre as expectativas de evolução da doença. Referem que o esclarecimento sobre a doença facilita a aceitação do processo e que, tanto o/a doente como os/as familiares, são preparados/as para o desfecho final da doença.

Conversam. Falam tudo. E a gente também já vai compreendendo e ficando mais aliviado também. Mais tranqüilo (us2/ECP).

Esclarecem tudo. O meu pai, um dia se desesperou, veio psicólogo conversar com ele, veio o pessoal de enfermagem. Colocam a par de tudo. Dos medicamentos, do que estão fazendo (fm1/ECP).

Na prática diária, observa-se nas enfermarias que doentes e familiares questionam, durante a visita multiprofissional, a evolução da doença, os tratamentos propostos e que os/as profissionais mostram-se disponíveis e tentam, de modo adequado, responder aos questionamentos. Nesse sentido, desde os esclarecimentos acerca de diagnóstico, prognóstico, tratamentos propostos e procedimentos, tudo é discutido com os/as doentes e familiares na visita da equipe. Os esclarecimentos são prestados no momento em que são solicitados e a profundidade das informações dependem de fatores como conhecimento do diagnóstico, do modo como o/a doente e/ou familiar expõem sua vontade de saber. Percebe-se na equipe a preocupação com os limites individuais, com a capacidade de entendimento e aceitação das situações, a cada momento da doença, conforme é possível observar nas duas situações abaixo.

No primeiro caso, trata-se de uma doente com história prévia de câncer ginecológico, tratada há alguns anos. Havia sido transferida para o serviço de cuidados paliativos, com suspeita de um novo câncer. Conhecia seu diagnóstico, participava das decisões, fazendo as escolhas sobre os procedimentos a serem realizados. Os familiares que acompanhavam a doente participavam das negociações, porém, não interferiam

diretamente nas decisões da mesma. Nessa situação, a relação dos/as profissionais com a doente e com os/as familiares era de esclarecimento de todas as situações e possibilidades de tratamentos e intervenções.

Em visita à enfermaria o/a médico/a Y colocou-se ao lado da doente, cumprimentou-a e ficou segurando sua mão durante toda a visita. Iniciada a conversa com a doente, o/a médico/a abordou a colocação de portocat, explicou o que era este e que estava solicitando ao cirurgião para avaliar a colocação, pois ela precisaria de infusão endovenosa. Explicou em que local ficaria o dispositivo, que o mesmo estaria embaixo da pele e se ela achava que essa seria uma boa solução para os problemas da rede venosa. A doente concordou e perguntou ao profissional se ele/a achava que o câncer era o mesmo outra vez. O/a médico/a respondeu que achava provável. A doente levanta que o/a outro/a médico/a havia pensado em sarcoma. O/a médico/a Y concorda e esclarece que, nestes casos, primeiro se pensa no retorno da doença anterior, mas que iriam biopsiar para confirmar. A doente pergunta sobre um material antigo de biopsia e o/a médico/a Y afirma que o estão localizando para uma nova análise. Na visita seguinte, o/a residente lembra aos demais profissionais a história da doente, que já tido um câncer anterior, havia tratado e havia sido transferida, agora com suspeita de sarcoma. As células já tinham sido encontradas no passado, porém haviam sido consideradas benignas e que a doente estava realizando outros exames. Explicou à doente sobre o andamento dos exames e retoma a dificuldade de punção venosa e as providências que estão sendo tomadas para a colocação de “portocat” para infusão de quimioterápicos. A doente questiona mais uma vez o que é *portocat* e o/a médico/a X explica que ‘é uma caixinha que é colocada sob a pele para que todos os líquidos, soros, medicamentos sejam feitos através dele. Neste dispositivo, tem um rabinho comprido, que é colocado dentro de uma veia profunda. Nesta veia o sangue circula rapidamente e não costuma dar efeitos, porque o medicamento não fica muito tempo no local’. O/a médico/a confirma se a doente entendeu e os/as enfermeiros/as reforçam a necessidade do procedimento. A doente concorda e mostra membro superior direito, que está com hematoma e flebite pela infusão de soro. Em visitas posteriores, essa relação se mantém e as dúvidas são esclarecidas, as iniciativas a serem tomadas são explicadas e a doente é ouvida sobre suas decisões quanto ao tratamento (NOTA DE CAMPO, 2005).

Uma situação diferente pôde ser observada na reinternação de uma doente em estado avançado da doença, com fortes dores em membros inferiores, onde apresentava uma ferida aberta em boa parte da extensão da perna. A mesma estava medicada para dor, porém, sem que o medicamento produzisse o efeito necessário. Durante visita à enfermaria, a doente queixava-se das dores, mostrava-se bastante ansiosa, porém resistia aos tratamentos propostos, deixando exposto o medo da morte e a utilização de medicamentos que pudessem apressar o processo. Diante do quadro da doente, próxima ao óbito, que se confirmou dias depois, constata-se a impotência dos/as profissionais. Trava-se então o seguinte diálogo.

A doente: ‘é muita dor, não consigo dormir a noite inteira, tem que ficar massageando a perna para suportar a dor’. O/a médico/a Z expõe: ‘posso aumentar a dose do medicamento e dar alguma coisa para dormires’. Doente: ‘mas daí eu durmo e não acordo mais’. O/a médico/a responde: ‘mas se eu não der o medicamento tu não dormes e vais continuar sentindo a dor. Não é pior? Qual a vantagem de estar

acordada sentindo dor? Eu vou aumentar só um pouco a dose e o pessoal vai ficar acompanhando para ver como ficam. Está bom? Tu sabes como funciona, eu não tenho outra coisa a fazer'. Doente: 'e se eu não acordar mais?' Os/as profissionais calam-se inicialmente, e depois o/a médico/a justifica: 'vamos testar. A dose é pequena'. A doente olha para os/as profissionais com medo e cansaço estampado na face e recosta-se no travesseiro em atitude de resignação. Em visita posterior, o quadro da doente se agrava, a mesma encontra-se semiconsciente, agitada. Em reunião, os/as profissionais comentam o sofrimento da mesma, o medo de morrer e a necessidade de conversar com os/as familiares sobre a possibilidade de sedação, se necessário, dada a extrema ansiedade da doente (e também da equipe). Na conversa, os/as profissionais assumem: 'ela está morrendo após uma longa jornada. É uma pena, uma doente que está a tanto tempo com a gente' (NOTA DE CAMPO, 2005).

A comunicação da doença aos familiares e ao/a próprio/a doente é uma prática estimulada no serviço. No entendimento dos/as profissionais, o/a doente é soberano/a sobre as decisões que envolvem sua vida e doença e deve ser comunicado/a e consultado/a sobre os rumos do tratamento. Na maioria das vezes, pude observar que os usuários e familiares buscam a informação e que os/as profissionais procuram fornecê-las. Segundo o relato do/a profissional, trabalhar com a verdade é o melhor aliado nesses casos, pois facilita a relação de confiança, a aproximação entre os/as profissionais e os doentes/familiares, evitando também os conflitos.

Quando recebemos paciente novo, a gente informa que o trabalho é em equipe. Informamos que tem vários médicos, enfermagem, residentes, nutricionista, assistente social. Acabamos tendo um relacionamento um pouco mais saudável, eu diria, entre profissionais e pacientes. [...] De estabelecer uma boa comunicação e uma confiança mútua. Comunicação, ainda, culturalmente nós temos umas dificuldades. Muitos pacientes, muitas famílias não querem saber claramente sobre a doença, não querem conversar sobre prognóstico, morte e sofrimento. A grande maioria das conversas acabam sendo indiretas. Na maioria dos locais que eu conheço não existe essa interação tão grande dos familiares com a equipe. Às vezes, nem com o médico. O médico só aparece pra falar com o paciente e nem espera. Nem quer falar com a família, o que é um erro. Atualmente [...] até por questões legais, quando é uma família que a gente não conhece tem que chamar todo mundo e tem que expor [...], pelo menos para os familiares, toda a realidade do quadro [...], por pior que seja. Com os pacientes, os advogados dizem: ah tem que contar tudo, [...] seja lá o que for. Só que não é tão simples assim. Advogado vê a coisa de uma forma. É que eles não acompanham isso no dia a dia. [Mas] a verdade é o nosso maior aliado para evitar desentendimentos, porque [...] não precisa nem mentir, mas simplesmente omitir a verdade, quando ocorrer um desfecho desagradável, você vai ter reações desagradáveis por parte dos familiares. [...] Não vão aceitar, vão questionar porque não foi dito, porque não foi feito nada, porque não foi reanimado, porque não foi para uma UTI. [...] Tem que ser conversado previamente. Tem que ser dito da forma mais clara possível, sem usar termos muito complexos, muito técnicos. De forma que essas famílias entendam realmente (m3/ECP).

No entanto, nem sempre essa prática é tranqüila para os/as profissionais e para os/as doentes e familiares. Muitas vezes, o/a doente tem dificuldade de aceitar a evolução da doença e a comunicação entre o/a profissional e o/a doente tem que

considerar essas limitações.

Em relação aos familiares, existe na cultura brasileira, a tendência a querer negar ao doente o diagnóstico e, nesse sentido, a prática dos/as profissionais de tentar, na medida das possibilidades, trabalhar as situações com clareza, mesmo com o/a doente, nem sempre é aceita e, além disso, quando as posições são divergentes, acontece o conflito. Nesses casos, a equipe utiliza-se das reuniões de família, tenta ajustar as situações, na medida das possibilidades e da capacidade da família lidar com a situação. Ainda assim, na prática diária, as intervenções são discutidas com o/a doente e a ele/a é dada a possibilidade de escolha, quando o/a mesmo/a tem condições para fazê-la.

Embora predomine essa orientação no serviço, nas situações em que o/a familiar sente que seu poder de decisão não é respeitado pelos/as profissionais, surge o conflito. É o caso exposto pelo/a entrevistado/a a seguir, quando da decisão de administração de sangue e derivados, com o consentimento do doente, mas sem o apoio da família.

Neste lado que eles dão muita atenção pra ele. Mas tanto faz, ele não quer saber como está. A família é que quer saber, quer estar a par de tudo. [...]. Ele se sente tão bem com eles que não quer saber. [...]. Ele vai se deixando levar. Mas não é assim. A gente quer saber como está o progresso, se está melhorando, se está piorando. [...] A gente quer acompanhar, mas eles não deixam. [...] O resto é tudo 10. Melhor que isso é difícil. [...]. Eu sou acompanhante, fico aqui o dia todo, tudo que se passar com ele eu tenho que saber, ter conhecimento. [...]. Eu tenho coisas pra falar, pra opinar. Ele é meu marido, eu quero o bem dele. Só que não entenderam isso aí. Foram fazer a quimio pra ele, mas antes botaram sangue. A gente se assustou. [...] Daí eu disse: o que é isso? Vocês não consultaram a família? De repente alguém da família tem um doador. Chegam e botam assim. [...]. Porque não me consultaram? [Mas] foram preparando tudo e botaram. [...]. Falei que não aceitava, porque os filhos não iam aceitar. [...] Mas fizeram de qualquer jeito. [...] Eles me ignoraram. Daí ele [marido] assinou um papel aceitando. Mas ele não tem opinião, porque se disserem que vão à praia buscar um litro de água salgada e der pra ele tomar, é claro que ele toma, ele quer ficar bom. Nesta situação, qualquer pessoa, não vai querer saber se faz bem ou não. [...] Custava eles darem atenção? [...] Podia esperar um pouquinho pra alguém da familiar doar. [...]. Não podem colocar o deles (fm2/ECP).

Nessa situação específica, quando conversei com os/as envolvidos/as, embora o doente afirmasse para mim que possuía um câncer gástrico avançado, com possibilidades mínimas de tratamento, o/a familiar insistia em conversar com ele/a como se o problema fosse uma úlcera gástrica grave. No diálogo, a acompanhante não permitia que o mesmo manifestasse seus sentimentos, interrompia-o e tratava a situação como se em alguns dias ele estivesse retornando para casa, livre dos

problemas. Por outro lado, no diálogo com o doente, este manifestava entendimento sobre a doença e percebia que sua situação piorava com muita rapidez.

Embora muito do salientado nesse caso possa estar relacionado às dificuldades da família de aceitação da doença, das representações que faz da utilização de sangue e da idéia que, com a utilização do sangue de alguém da família, o doente seja menos exposto aos riscos, há de se considerar a inadequação dos/as profissionais quando da abordagem de questões dessa natureza.

Carapinheiro (1998) discute as condições com que se assumem as pessoas nas instituições hospitalares, desde a admissão até os procedimentos que a reduzem à condição de doente, com o despojamento de tudo que lhe é particular, as roupas, o isolamento social, dentre outros. A referida autora diz que, nesse processo, fica claro que esse/a será tratado/a como alguém sem competência e que se espera que ele/a (e também a família, quando presente) se submetam às regras e às decisões profissionais.

Ainda que justificada pela aceitação do usuário, na tomada de decisão sobre condutas técnicas, historicamente, os/as profissionais de saúde têm se colocado em uma posição distanciada dos usuários, ignorando seus desejos e vontades, em uma postura clássica de superioridade dos conhecimentos profissionais sobre os conhecimentos populares. Mesmo quando uma equipe se propõe a trabalhar de modo diferenciado, a mudança de postura, a inserção do usuário e família no processo decisório não ocorre sem confrontos e enfrentamentos. A relação usuário/profissional é sempre uma relação marcada por diferenças e, nas situações de conflitos, prevalece a decisão profissional, na maioria das vezes.

Embora a equipe busque uma direção mais assertiva nas relações profissionais/doentes/familiares, as situações de doenças graves e prolongadas, com possibilidade de morte, provocam divergências e conflitos dos familiares entre si. Nesse sentido, mobilizam sentimentos conflitantes, que vão do medo da perda à culpa, por acharem que não estão cuidando adequadamente do/a doente ou que não estiveram atentos aos sinais da doença e, por isso, buscaram ajuda tarde demais. Esses sentimentos incluem também o receio das reações do/a doente, se souber a realidade dos fatos, dentre muitos outros. A necessidade de participação nas decisões quanto ao tratamento, muitas vezes é decorrente desses fatores, que precisam ser compreendidos

e trabalhados pelos/as profissionais, abrindo espaço para a expressão desses sentimentos (KOVÁCS, 2003).

Do mesmo modo, os/as profissionais devem atentar para as situações em que a família deseja negar ao doente a sua condição. Segundo Kübler-Ross (2001) e Kovács (2003), de alguma forma, o/a doente sabe de sua condição, percebe a proximidade do fim, mesmo quando lhe é negada a verdade. Muitas vezes, opta por manter-se calado/a para proteger a família, evitar a dor daqueles/as que lhe são caros; porém, a negação dos fatos pode provocar um distanciamento da família, um isolamento do/a doente que não pode expor seus sentimentos diante do sofrimento e da proximidade da morte. A equipe de saúde, nessa situação, deve propiciar espaço para que o/a doente exponha suas perdas, seus sentimentos em relação à doença, permitindo-lhe exercer a autonomia que ainda lhe é possível.

O conjunto de aspectos que caracterizam as relações profissionais nas equipes estudadas, bem como as relações entre eles/as e usuários aproxima-se do que tem sido destacado nos debates recentes acerca da construção do Sistema Único de Saúde com vistas a sua efetivação na realidade brasileira. Muitos trabalhos vêm sendo produzidos, destacando a importância de aspectos como a humanização da assistência, a integralidade em saúde, a produção de sujeitos no processo de atenção à saúde, a necessidade de formação de vínculos entre os/a profissionais e entre estes/as e os usuários, o acolhimento, a necessidade de ampliação do acesso das pessoas aos serviços de saúde (CAMPOS, 1994, 1997, 2000, 2005; MERHY; CECÍLIO, 2003; BENEVIDES; PASSOS, 2005; SCMITH; LIMA, 2004; GUIZARDI; PINHEIRO, 2004).

Embora os estudos, algumas vezes, centralizem a discussão em um ou outro desses aspectos, entende-se que é a aproximação com o conjunto desses que fatores que caracteriza o Sistema Único de Saúde, segundo os princípios defendidos a partir movimento da reforma sanitária brasileira. Não há humanização sem vínculo, sem garantia de acesso, sem acolhimento aos usuários, sem participação de trabalhadores/as e usuários na definição dos serviços necessários e na forma de utilização dos recursos disponíveis.

Sobre esses aspectos, a atuação em equipes interdisciplinares parece contribuir

para a construção dos princípios e diretrizes favoráveis à construção do SUS. A atuação interdisciplinar possibilita modos mais solidários dos/as trabalhadores/as se relacionarem entre si e com os usuários, contribuindo para a efetivação de novas formas de organização do trabalho em saúde.

O resultado da atuação dos/as profissionais nas equipes interdisciplinares estudadas e os efeitos produzidos nas relações dos/as trabalhadores/as entre si e com os usuários dos serviços respondem ao posicionamento de autores como Benevides e Passos (2005), quando afirmam que a humanização, enquanto política de saúde, não se sustenta apenas em propostas gerais e abstratas. A humanização ocorre, também, no plano do concreto, na prática dos serviços de saúde, na “inseparabilidade entre atenção e gestão e da transversalidade”, direções que indicam o “como fazer” dessa política, que se concretizam como “tecnologias relacionais”.

É a partir da transformação dos modos de os sujeitos entrarem em relação, formando coletivos, que as práticas de saúde podem efetivamente ser alteradas. Mudamos as relações no campo da saúde quando, por um lado, experimentamos a inseparabilidade entre as práticas de cuidado e de gestão do cuidado. Cuidar e gerir os processos de trabalho em saúde compõem, na verdade, uma só realidade, de tal forma que não há como mudar os modos de atender a população num Serviço de Saúde sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 92-93).

Embora o processo de mudança do sistema de saúde dependa também, e principalmente, de mudanças e decisões que envolvem as esferas mais amplas da sociedade, não é possível desconsiderar que muitas dessas mudanças podem acontecer a partir da prática, nos locais em que vivem e trabalham as pessoas.

Na atuação das equipes interdisciplinares estudadas, confirma-se o potencial para a realização de mudanças que beneficiam os usuários, os/as trabalhadores/as, bem como as mudanças no modo de fazer a assistência à saúde, a partir dos micro-espacos de trabalho. O trabalho nas equipes interdisciplinares estudadas conjuga vários desses fatores - vínculo, acolhimento, humanização da assistência, e facilita o acesso dos usuários aos profissionais e aos serviços de saúde.

Possibilita também uma maior participação do usuário nas decisões que envolvem sua vida e o processo saúde-doença. As experiências de reuniões com família, de reuniões com acompanhantes, de estímulo e realização de grupos de

convivência e apoio aos familiares, contribuem e estimulam práticas mais solidárias, em que se propicia a troca de saberes entre familiares, usuários e profissionais. Favorecem, desse modo, a criação de condições para que os usuários se coloquem como sujeitos e exerçam sua autonomia.

Entendo que as práticas das equipes interdisciplinares sobre esse aspecto vão ao encontro da proposta de Campos (1994, p. 43), ou seja, possibilitam a construção de sistemas de gestão que combinam os objetivos institucionais com os objetivos dos/as trabalhadores/as e dos usuários.

No que se refere à construção dos aspectos referentes a uma boa prática de saúde, tais como vínculo, acolhimento e garantia de acesso, este autor defende que

o vínculo profissional/equipe de saúde/usuário é um dos instrumentos capazes de potencializar transformações na prática. A idéia de vínculo prende-se tanto à busca de maior eficácia (aumento do percentual de curas), como à noção que valoriza a constituição de espaços propícios à produção de sujeitos autônomos; profissionais e usuários. Ou seja, para que haja vínculo entre dois sujeitos, exige-se a assunção do usuário à condição de sujeito que fala e deseja e julga, sem o que não se estabelecerão relações profissional/usuário adequadas (CAMPOS, 1994, p. 53).

Relativamente à construção de vínculos profissional/usuário, na maioria das vezes, as equipes estudadas desenvolvem uma noção de forte responsabilidade para com os usuários e famílias, demonstrando preocupações e envolvimento que ultrapassam o tratamento da doença. Nesse sentido, questões que na prática tradicional do cuidar predominante nos serviços de saúde não se constituem em preocupação dos/as profissionais, como, por exemplo, transporte, alimentação adequada à condição física do/a doente, intervalos entre consultas de modo a não paralisar o tratamento por falta de receitas médicas e outros, passam a fazer parte do repertório profissional na abordagem focada no usuário enquanto sujeito social. Essa abordagem consegue cuidar dos indivíduos, aproximando-se do olhar para a sua multidimensionalidade enquanto ser individual, cultural, histórico e social, além de utilizar melhor os recursos existentes nas instituições e na comunidade.

A relação construída nessas experiências possibilita, portanto, que problemas usuais na organização e prestação da assistência sejam minimizados ou até superados. E isso se traduz em satisfação para ambos os envolvidos, profissionais e usuários.

Quanto à prática de acolhimento nas equipes interdisciplinares, além de se

configurar em um espaço de satisfação para os usuários, que se sentem respeitados em seus direitos, propicia um acesso mais adequado aos serviços de saúde, na medida em que esses possuem uma referência no sistema, para o atendimento às suas necessidades de saúde. De acordo com Merhy e Cecílio (2003), essa é uma finalidade fundamental do acolhimento, independente da esfera de atenção, se na rede básica ou nos serviços hospitalares.

As propostas das equipes interdisciplinares atendem, ainda, aos requisitos sugeridos por Campos (1994) como objetivos centrais das instituições de saúde: ajudar cada pessoa a melhor utilizar os recursos próprios, aumentar a capacidade de autonomia das pessoas pelo entendimento sobre seu próprio corpo, sua doença e suas relações com o meio social, contribuindo, desse modo, para melhorar sua qualidade de vida. Na perspectiva das equipes interdisciplinares estudadas, estão presentes esses objetivos, ainda que, muitas vezes, muitos aspectos não sejam atingidos em sua totalidade.

7.3 TRABALHO INTERDISCIPLINAR E EXPRESSÃO DA SUBJETIVIDADE

Um dos aspectos fundamentais para a conformação de novas formas de organização do trabalho estaria em pensar as possibilidades de abertura para a expressão da subjetividade no trabalho.

No entanto, nas organizações de saúde, os limites impostos pela organização do trabalho, firmado na cultura administrativa tecnicista, com fortes bases taylorista e burocráticas, tendem a encarar normas, condutas e regras institucionais como definidas, deixando pouco ou nenhum espaço para a manifestação da subjetividade.

Também a manifestação da subjetividade, quando associada às novas formas de organização do trabalho na sociedade, é fruto de questionamentos, especialmente naquilo que ela tem colocado como projeto de adesão total dos/as trabalhadores/as a uma nova organização do trabalho em que os ideais de democracia e participação nem sempre se cumprem. As críticas também são feitas quando as NFOT visam, principalmente, o aumento da produtividade e a adesão dos/as trabalhadores/as aos interesses da empresa (GUIMARÃES, 1995; CHANLAT 2000; CODO, 2000).

Entendendo a atuação em equipe interdisciplinar como um modo especial de vivenciar o trabalho em saúde, busco apreender os modos como esses/as trabalhadores/as têm expressado sua subjetividade, e as alternativas de valorização construídas internamente nas equipes. No entanto, não desconsidero as influências e determinações mais gerais que têm produzido o modelo hegemônico de produção de serviços de saúde, bem como o modo pelo qual influenciam essas relações e as mudanças que vêm ocorrendo recentemente no mundo do trabalho.

Apesar dos limites e dificuldades, é preciso valorizar as experiências capazes de restituir a confiança das pessoas nelas mesmas, no grupo, nas instituições de saúde e na construção de uma sociedade mais solidária. Considerar as experiências motivadoras, os fatores que valorizam e desvalorizam o/a trabalhador/a nas instituições, bem como os modos de resistência que estes/as desenvolvem para a superação das dificuldades, são os aspectos centrais que discuti ao tratar do trabalho interdisciplinar e, dentro dele, a expressão da subjetividade dos atores envolvidos (trabalhadores/as e usuários/as).

Para os/as integrantes do estudo, o trabalho é fonte potencial de realização. Contudo, da mesma forma que o trabalho traz elementos de valorização pessoal e profissional, este é cercado de elementos que dificultam e limitam a expressão da subjetividade, bem como ocasionam sofrimento.

Para a totalidade dos/as trabalhadores/as envolvidos/as neste estudo, gostar daquilo que faz constitui-se em fator motivador para o trabalho. Tais manifestações, já apresentadas no decorrer dos resultados desta investigação, são sintetizadas na fala da entrevistada:

Eu sou feliz com o que eu faço. Vou até fazer uma declaração: eu amo o que eu faço. Amo de paixão. Amo poder fazer o que eu faço do jeito que eu faço, ser enfermeira. Eu acho que sou uma pessoa [...] uma profissional privilegiada. Eu me sinto assim. Por vários motivos [...]. Estar dentro da instituição, ter essa equipe de colegas [...]. Estar junto com esse paciente, com essa família. Eu fico com receio, com medo de comentar essas coisas. Às vezes as pessoas não entendem. Estar neste momento tão especial de vida deles. Não é de morte. Mas nesse momento tão especial de vida [...] Eu gosto de enfermagem, gosto de estar em contato com o paciente, de estudar [...], estar me atualizando e eu tenho um objetivo. [...] O meu objetivo é uma assistência, um cuidado mais qualificado. Isso me satisfaz profissionalmente e me desenvolve também como pessoa (e1/ECP).

Na apresentação dos fatores que contribuem para a realização pessoal e profissional no trabalho, pesa significativamente ser reconhecido/a e respeitado/a em

suas competências pelos/as colegas, pela instituição e, especialmente, o reconhecimento dos usuários e familiares.

É o retorno da família, do paciente, quando eles voltam ou vêm aqui dizer [...] que foi bom. Saber que conseguiu resolver alguma coisa, isso é muito bom. [...] Isso é gratificante. [...] Fiz o que era certo. [...]. Sentir o respaldo do teu chefe (as1/ECP)

Não tem coisa mais importante do que ouvir deles [doentes] que o teu trabalho faz diferença. [...]. Eu sinto que a minha opinião é importante para o grupo numa série de questões. Eu sinto que há um reconhecimento do grupo em relação ao meu trabalho. [desvalorização?] Aiii... São tantas, meu Deus. A principal é quando há tomada de decisões sem envolvimento das partes interessadas e que refletem no serviço. [...]. Isso pra mim é a principal forma de desvalorização. É humanamente impossível tu absorver uma tomada de decisão que te diz respeito e tu não tomou conhecimento. [...] Não houve o amadurecimento administrativo pra se envolver todo o grupo no processo (fr/ECP).

Quando a gente sai e volta e eles [usuários] perguntam: onde tu estavas? Que bom que tu voltaste. As pessoas que nós atendemos. [...] A gente sabe que faz um bom trabalho. São elas que nos motivam. A gente tem reconhecimento. [O usuário] vem consultar, traz outra pessoa, porque refere que está melhor, “eu melhorei por causa da orientação”. Os profissionais que valorizam, que encaminham (e4/EG).

Ver que a família entendeu o que você propôs e que aquilo foi bom para o paciente. A equipe trabalhando junto e conseguindo um resultado bom no final para o paciente, para a qualidade de vida [...]. Quando a família e os teus colegas percebem o esforço que você está fazendo [...]. Valorizado, o residente aqui é. A gente é o único médico responsável pelo hospital todo o tempo. [...]. Toda a parte médica, enquanto eu estou no hospital tem que passar por mim, [...] às vezes as pessoas discordam, mas ainda assim as coisas têm que ser decididas junto comigo. Eu sou valorizada porque a minha decisão, como a da enfermagem, da nutrição, também é importante. Eu não posso passar por cima da decisão deles e eles também não podem passar por cima da minha (m4/ECP).

As análises de Dejours (1999, p. 29), acerca do sofrimento no trabalho, ajudam a entender a questão da necessidade de reconhecimento do/a trabalhador/a e a subjetividade presente na vivência do trabalho. Fala o autor que “o essencial da subjetividade é da categoria do invisível” e que “a afetividade está na base da subjetividade, a afetividade é o modo pelo qual o próprio corpo vivencia seu contato com o mundo”. Afetividade e subjetividade não podem ser “vistas”, não se vê o prazer, a dor. Nesse sentido, a subjetividade não é uma criação, mas faz parte do modo como os sujeitos³¹ vivenciam afetivamente uma dada situação.

³¹ Sujeito, para o autor não é uma denominação genérica para designar um homem ou uma mulher, uma pessoa qualquer ou um agente indefinido. Sujeito é uma denominação que diz respeito àquele que “vivencia afetivamente a situação em questão” (DEJOURS, 1999, p. 29).

Contribuindo com essa análise, Losicer (2000, p. 69) refere que “o sujeito se constitui por relação com outro sujeito (relação intersubjetiva), ou seja, não há diferença entre sujeito psíquico (sujeito da história individual e do desejo inconsciente) e sujeito social (sujeito da história social e de suas transformações)”. A subjetividade se apresenta na relação construída com o/a outro/a ou com os/as outros/as, em uma realidade concreta.

Nesse sentido, na apreensão que se faz aqui em relação aos sujeitos integrantes das equipes interdisciplinares e suas subjetividades, está presente a noção de alguém implicado na situação, produzindo e se autoproduzindo na vivência do trabalho.

Retomando Dejours (1994, 1999) e seus estudos sobre a defasagem entre a organização do trabalho prescrito e a organização do trabalho real, tem-se o entendimento que, para vencer os obstáculos do trabalho real, o/a trabalhador/a necessita colocar muito de si, de suas emoções, paixões e investimento pessoal e, com isso, é justo que seu esforço seja reconhecido. Quando isso não acontece, e o esforço do/a trabalhador/a passa despercebido ou é negado, os efeitos para os/as mesmos/as podem ser desastrosos.

O desejo de reconhecimento não constitui para o autor uma reivindicação secundária daqueles que trabalham, ao contrário, “mostra-se decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho” (DEJOURS, 1999, p. 34).

O reconhecimento, no entanto, não é o reconhecimento de qualquer um, o reconhecimento é aquele que vem de seus pares, daqueles/as que conhecem profundamente o trabalho, portanto, podem avaliá-lo/a sob um ponto de vista inacessível aos que estão fora da situação de trabalho. Para o autor, esse é o julgamento mais crítico, diz respeito ao juízo de beleza, e ao passar por ele o/a trabalhador/a se fortalece. Também é citado pelo autor o reconhecimento que diz respeito ao juízo de utilidade do trabalho, ou seja, o reconhecimento das chefias hierárquicas e do/a cliente e seu papel na estruturação dos sentidos do trabalho para o/a trabalhador/a (DEJOURS, 1999).

No caso específico dos/as profissionais das equipes interdisciplinares, destacam-se esses três vértices da necessidade de reconhecimento e, fundamentalmente, se

sobrepõem, o reconhecimento do usuário e familiares e dos/as colegas de equipe.

Em seus relatos, tem destaque especial o reconhecimento dos/as profissionais da equipe entre si e o reconhecimento dos usuários e familiares, ou seja, no que se refere ao sentido de beleza do trabalho, é que esses/as trabalhadores/as atingem em boa medida, o suporte necessário e, isso, reflete em valorização.

Porém, no reconhecimento entre pares, não basta ser valorizado/a internamente na equipe. Nos relatos dos/as médicos/as, percebe-se que interfere em suas subjetividades a não valorização de suas escolhas profissionais pelos/as outros/as profissionais médicos/as da instituição e também pela própria instituição.

O que me frustra é saber que tem pessoas [com] posições de influenciar e facilitar o nosso trabalho no serviço público e que não entendem que este paciente, [...] que quase sempre é pobre e está sofrendo pra caramba, e vai continuar sofrendo até morrer, é uma pessoa muito importante, e na realidade a instituição existe em função dele. É diferente do paciente do consultório, que chega lá muito perfumado, muito bonito e vai deixar muito dinheiro no caixa. Mas [este] não é menos importante, [...] e tem que ser amparado de toda forma. E que as pessoas que estão tentando trabalhar com esse paciente, mesmo que elas tenham aberto mão dos pacientes cheios de dinheiro, cheirosos, mesmo assim essas pessoas também são importantes por trabalhar com isso. Os dois trabalhos são importantes. O do cheiroso, cheio de dinheiro, ele não é menos importante, ele é tão quanto. Eu gostaria que as pessoas que estão lá na direção [...] entendessem, valorizassem e que [o trabalho fosse] facilitado. [...]. A visão que eles têm da gente eu acho interessante. [...]. Primeiro você vai ter um grupo que vai pensar: ‘esses caras são totalmente malucos, atender esses pacientes horríveis, deformados, com cheiros horrorosos, reclamam, vem toda hora, [...] faz essas consultas longas, atende poucos, ganha menos pro-labore’. Eles devem achar a gente um bando de idiotas. [...] Têm outros que pensam: ‘que legal! Estão fazendo um trabalho interessante. Eu não queria me meter aí nunca, mas ainda bem que eles fazem [...], de vez em quando me dão uma ajudinha quando eu mando meus pacientes pra eles’. [...] E vai ter aqueles caras, estes são exemplos clássicos, os médicos deuses que: ‘esses caras aí, pararam no tempo, ficam atendendo estes pacientes, meio podres, meio estragados. São uns coitados, só servem pra isso aí mesmo’. Eu acho que vamos ter esses três tipos de raciocínio. Como é que eu sei disso? Claro que ninguém seria louco de chegar pra mim e dizer isso. Só que, depois de muito tempo convivendo com as pessoas, a gente acaba aprendendo [...] por meio de diretas ou indiretas. As pessoas [...] sempre deixam escapar uma coisa aqui, outra lá, e eu sou muito atento [...]. Então acabei descobrindo mais ou menos a que grupo cada um pertence, se são os indiferentes, os simpáticos e os desprezadores (m2/ECP).

A impressão que dá é que nós existimos porque eles precisam que a gente exista. [...]. Pra ser cadastrado no Ministério da Saúde e receber dinheiro por isso. Para uma parcela desta instituição e das pessoas que trabalham dentro dela, principalmente na área administrativa, cuidados paliativos são cuidados paliativos. É uma outra coisa. É um outro tipo de gente. Eles nos tratam como se fossemos meio alienígenas. [...] É o que causa maior frustração (m3/ECP).

O que dizem os/as entrevistados/as, em várias situações deste estudo, está relacionado à valorização diferenciada de um mesmo trabalho, o da categoria médica, pela constante divisão do trabalho que ocorre nessa profissão, como consequência da

especialização do conhecimento.

Carapinheiro (1998, p. 73), discutindo a hegemonia do poder médico nas organizações hospitalares, destaca que o poder das profissões, quando baseado em um corpo de conhecimentos científicos, deixa sempre a possibilidade e “o risco de neste corpo de conhecimentos se introduzirem processos de rotinização e de desqualificação provocados por intervenções externas ou decorrentes da própria lógica do desenvolvimento interno de certos saberes”. No caso da profissão médica, essa desvalorização pode acontecer em função da extrema especialização das práticas, pelo manuseio de tecnologias sofisticadas, meios diagnósticos avançados e outros, e, nessa situação, mesmo na medicina, pode o movimento nas hierarquias de poder e de prestígio profissional promover constantes desqualificações no interior da profissão, tornando determinados grupos de especialistas mais vulneráveis.

No que diz respeito ao sentido de utilidade ou finalidade do trabalho, a situação mostra-se um tanto diferenciada. Se, por um lado, esse reconhecimento é sustentado em parte pelos usuários e familiares, para a maioria dos/as integrantes do estudo, o reconhecimento que advém da hierarquia da instituição, através das chefias superiores, deixa a desejar. Nesse sentido, aparecem os carecimentos de valorização do trabalho.

O profissional não é valorizado. Se fizeres tua meta e o outro fizer a meta dele pela metade, é igual. Eles não sabem o que é o nosso trabalho. Eles ouvem. Ouvem elogios, [...] mas, ver o que se faz, eles não vêem. [...]. Eles vêm aqui uma vez por ano, no aniversário do hospital, para almoçar. Não vêm fazer uma visita, mas eles valorizam (to/ECP).

Em nível de hospital, eu acredito que sim. A subgerente, em nível de chefia imediata, chefia de serviço. Agora, em nível de direção, eu não sei se eles sabem o que a gente faz. Eles podem até saber que a gente faz alguma coisa que seja bem feita, confiar que a gente está aqui, que está sendo resolvido, que não dá problema. Mas saber o que a gente faz de fato? Essa reunião de família, há pouco tempo eles souberam que a gente estava fazendo e a gente já faz isso há muito tempo (as1/ECP).

As direções acham muito bom ter serviços como o nosso, em que as coisas funcionam e nós não damos chateação para ninguém. Nós funcionamos aqui numa boa sem incomodar ninguém. Fazemos nosso serviço. [...] Tocamos nosso serviço meses, sem preocupar a direção. Pode esquecer que a gente existe, não temos problemas (m2/ECP).

Tu sabes que eu não me lembro de ter recebido um elogio dentro da minha ficha funcional. Nunca! O que nos faz perceber o reconhecimento do trabalho é a avaliação do cliente, quando ele sai. A instituição, acho que sabe disso, mas não nos dá um retorno. Que bom! Isso nunca veio da direção. Mas também não me importa viu. Às vezes me importa. Às vezes eu até gostaria. Porque faz bem, faz bem para o nosso ego (m3/ECP).

Eu sinto a instituição muito longe. Muito longe. Em relação a eles, eu estou sozinha,

mas aqui dentro não. A gente segura do jeito que dá, mas eu acho que as coisas acontecem por causa do pessoal daqui (nt/ECP).

Uma contribuição que nós conseguimos foi esta marcação das especialidades. Ajudou muito. Os pacientes são idosos. Aquilo de ficar pedindo, implorando, que todos nós passamos. Os idosos precisam. Não vejo mais nenhuma. O grupo não tem algumas coisas, nós estamos patinando há anos. Em todas as administrações, o pessoal assume e vai lá mostra o projeto. Não se move uma palha. Nós somos um núcleo, não temos o reconhecimento. Nós somos importantes, atendemos uma clientela enorme. Cada vez está crescendo mais. [...] Temos, quando é para encaminhar um paciente para nós, ou que se vai a um lugar, para se dizer: ‘Oh, o hospital tem um trabalho acontecendo assim!’ Neste aspecto sim, mas na medida em nós precisamos de recurso, de espaço, de material, de pessoal, não existe esse reconhecimento (e4/EG).

Na situação específica do/a entrevistado/a abaixo, em que se manifesta uma posição muito diferenciada daquelas colhidas dos/as demais integrantes do estudo, parece-me que a inserção do/a profissional nas estruturas mais elevadas da instituição, a sua participação, nessas esferas administrativas, interfere em seu posicionamento e em suas percepções. Também, nessa situação, destaca-se a condição de alguém que domina o histórico da instituição e da equipe, comportando elementos da “história viva” da trajetória da equipe, as dificuldades e os caminhos já trilhados, as conquistas e vitórias possíveis diante da realidade.

Sem dúvida! Este trabalho só pode existir porque nós fomos reconhecidos, porque, durante muitos anos, fazer cuidados paliativos deu prejuízo para a instituição. Todo analgésico era dado e era pago pela fundação, pela instituição. E, em reconhecimento que isso era importante, eles mantiveram durante todos estes anos, que eu me lembro mais de 10 anos este trabalho. Depois é que o Ministério começou a remunerar pelos analgésicos. [...] Não era prejuízo, porque as pessoas que estavam aqui reconheceram que este era um benefício muito grande e que, para o sistema todo, era um benefício muito grande, porque este paciente internava menos, ia menos à emergência, ficava mais em casa. Isso tinha uma repercussão social tão grande que ninguém teve coragem de mexer. Mas nós balançamos várias vezes, dependendo do olhar do administrador. Só que aí é a força do trabalho, se você tem o que mostrar e como mostrar, é difícil mexer com esta estrutura agora. Eu sempre disse isso para a equipe quando ela vinha desesperada: ‘vão fechar os leitos!’ Eu dizia: ‘eu quero ver fecharem. Não há quem tenha coragem de fazer isso, porque a coisa está estruturada e tem benefício. É uma coisa que tem repercussão, que está bem feita dentro do que se propõe. [...] O negócio não é reclamar nem brigar, é trabalhar. [...] Estão querendo fechar, vamos mostrar serviço.’ [...] Nós não teríamos conseguido se as pessoas não tivessem reconhecido que é importante (m1/ECP).

Para Dejours (1999, p. 34), “do reconhecimento depende o sentido do sofrimento”. Se a qualidade do trabalho não é reconhecida, também os esforços, as angústias, as decepções não adquirem sentido. Vendo-se reconhecido/a, o/a trabalhador/a assume o significado de que seu sofrimento não foi em vão e que, ao mesmo

tempo em que serviu à organização do trabalho, o fez diferente daquilo do que era antes do reconhecimento e, isso, pode se traduzir afetivamente por “sentimentos de alívio, de prazer, às vezes, de leveza d’alma ou até de elevação”. Esses mecanismos de reconhecimento (juízo de utilidade e de beleza) são fundamentais e esperados “por quem mobiliza sua subjetividade no trabalho”, pois tem relação com a formação da identidade. “O reconhecimento do trabalho, ou mesmo da obra, pode depois ser reconduzido pelo sujeito ao plano da construção de sua identidade” (DEJOURS, 1999, p. 34).

A construção da identidade, segundo Castells (2006, p. 22-23), diz respeito ao “processo de construção de significado com base em um atributo cultural, ou ainda um conjunto de atributos culturais inter-relacionados, o/s qual/ais prevalece/m sobre outras fontes de significado”. As identidades podem ser múltiplas, tanto para um indivíduo como para um ator coletivo, e essas identidades convivem em tensão permanente e em contradição, tanto no plano da auto-representação como na ação social. “Identidades constituem fontes de significado para os próprios atores, por eles originadas e construídas por meio de um processo de individuação”.

Utilizando-me desse autor, e de suas reflexões sobre a formação de identidade em movimentos sociais urbanos na atual sociedade em rede, tomo alguns aspectos para a análise do potencial das equipes interdisciplinares para a construção de novas subjetividades entre os/as trabalhadores/as de saúde e, também, para a análise dessas, enquanto projetos de resistência ao modelo hegemônico de atenção e de trabalho em saúde.

Na análise das equipes interdisciplinares, parece-me que é forte a identidade dos/as integrantes da pesquisa com o projeto pelo qual se propuseram a trabalhar e os efeitos dessa experiência nas vivências subjetivas ou na constituição das subjetividades dos/as envolvidos/as.

Na situação específica das equipes interdisciplinares, parece que a existência e defesa de um projeto de trabalho comum, compartilhado pelos/as trabalhadores/as das equipes, produz efeitos sobre a construção da identidade individual e coletiva e sobre os desejos de reconhecimento dos/as integrantes do estudo.

Nesse sentido, não surpreende que a fala dos/as integrantes do estudo manifestem um forte componente de realização e valorização pessoal e profissional,

quando se referem às relações interpessoais nas equipes e aos espaços internos conquistados de autonomia e participação.

É extremamente gratificante trabalhar em uma instituição em que eu percebo um pouco mais de autonomia de serviço, enquanto enfermeiro. [...]. Trabalhar com uma equipe [...] que busca um objetivo único (e2/ECP).

Eu tenho autonomia no meu trabalho. E isso pra mim é muito importante. Acho que as pessoas com quem eu trabalho confiam naquilo que eu faço também. E outra coisa [...] como pessoa, a gente se dá muito bem [...], trabalha junto, tem a questão técnica, mas tem um envolvimento também e eu sinto que eu faço parte, eu faço falta ali dentro, neste contexto. [...] Penso que o fato de eu gostar muito do que eu faço aparece no meu trabalho. Isso tem volta, as pessoas notam [...]. É macio, tranqüilo (nt/ECP).

Eu me sinto uma pessoa privilegiada por ser enfermeira, por estar aqui dentro fazendo do jeito que eu acho que pode ser feito, do jeito que eu acredito. Do jeito que é o meu jeito. [...] A gente tem soluções para determinadas situações. Isso me valoriza. [...] Eu tenho possibilidade de me colocar, eu tenho onde eu sou ouvida (e1/ECP).

Não é por acaso que a gente está aqui. Dizer que a gente não chora com o paciente, que não mexe, que não sofre, é mentira. [...]. Mas, ao mesmo tempo tu tens a alegria de estar aqui. Se sentir bem aqui [...]. É difícil, é muito difícil. Ver o paciente deformado, com buraco, isso e aquilo, ou com mau cheiro. Tu tens famílias bem pobres aqui, ver todas as dificuldades é complicado. [...]. Mas tu fazer parte da história deles, fazer um pouquinho e saber que aquele pouquinho pode ajudar, pode melhorar [...] enquanto pessoa é gratificante (as1/ECP).

Uma coisa que eu me sinto é respeitado. Sinto-me respeitado até por ser o mais velho do grupo, mas não pelo mais velho, eu acho que eles me respeitam pela minha proposta de trabalho. Eu já fui um pouco mais de idealismo e sensibilizei-as pra isso. [...] Eu me sinto muito gratificado. No serviço público, foi um dos lugares que eu fui mais respeitado. Sinto-me gente mesmo. [...] Muito respeitado como pessoa. Aqui no nosso grupo. Fora do nosso grupo eu sou mais um neste meio, porque a universidade está dando muito valor a quem aparece mais. Eu vejo até pelos alunos, como eu não faço grandes propagandas, porque acho que não deve ser feita. [...] Professor tem que ensinar, trabalhar e o aluno vai depois buscar. Mas tem professor que vende uma imagem [...]. Mas melhor é o respeito. E amigos que eu adquiri, amigos que ficaram amigos. Muito mais que colegas de trabalho. Amigos é importante dentro de uma instituição que está ficando cada vez mais individualista (m5/EG).

Muitas das situações aqui abordadas pelos/a trabalhadores/as acerca da satisfação e da necessidade de reconhecimento institucional, dos/as colegas e dos usuários, não se distinguem das demandas de valorização encontradas por diversos/as autores/as que têm tratado desse tema na enfermagem e na saúde, e que não dizem respeito à vivência ou de projetos interdisciplinares. Também, nesses estudos, constata-se o forte sentimento de reconhecimento envolvendo a instituição, os/as colegas e, especialmente, aqueles que dele usufruem - os usuários dos serviços (LEITE; FERREIRA, 1997, 1998; GELBCKE, 2000; SALUM, 2000; MATOS, 2002;

MESQUITA, 2002; PIRES, 2004). Talvez a diferença esteja na forma como essa subjetividade se manifesta, na clareza de objetivos e na consciência de coletividade, ultrapassando a questão individual de cada profissão.

Um importante aspecto, que diz respeito à subjetividade dos/as trabalhadores/as e a sua vivência no trabalho, refere-se à convivência contínua dos/as profissionais do serviço de cuidados paliativos com o doente terminal e com a morte. Nesse sentido, embora em muitos casos os/as integrantes do estudo tentem minimizar os efeitos do trabalho sobre sua vida, quando esse tema surge em suas falas, trazem um conteúdo muito significativo de sofrimento, pela situação enfrentada cotidianamente.

É muito difícil o quadro do paciente. Precisamos do apoio psicológico, um do outro. Vamos trocar um curativo, o curativo às vezes é agressivo. [...] É um tratamento diferenciado de todos os outros hospitais (te2/ECP).

Depois de uns 10 anos de você ficar vendo gente sofrendo e morrendo ali na tua frente, aquilo te cobra um pouquinho. É inegável. Aquilo te corrói. Você não é mais a mesma pessoa que você entrou (m2/ECP).

Mais ainda que as falas, vivenciei, na observação sistemática, muitas situações que mobilizavam os/as profissionais. Um exemplo que caracteriza bem a situação acontece ao final de cada mês, quando, concluídas as estatísticas, os/as profissionais contabilizam o número de óbitos no hospital, calculam e comentam o número de óbitos que ocorrem a cada dia. Nesse período, é freqüente encontrar trabalhadores/as conversando sobre o assunto: como foi um mês difícil, quais doentes faleceram, como está a situação da família, como aconteceu o óbito. Percebe-se, em alguns momentos, profissionais mais distantes.

Outro exemplo aconteceu em reunião com a equipe, quando os/as profissionais discutiam a situação de uma doente com câncer de esôfago em estágio avançado, com obstrução gástrica, sem alimentação oral e sem possibilidade de passar sonda nasoenteral para alimentação. Os/as profissionais expuseram as possibilidades e concluíram que não havia nada a fazer.

O/a enfermeiro/a X relata que a doente solicita comida, que tem fome e pergunta o que fazer. O/a médico/a Y diz: não tem nem que levar comida, porque é muito triste ficar vendo o alimento sem poder comer. O/a nutricionista questiona: 'e o que a gente diz? Porque uma coisa é o nosso entendimento, mas o que dizer a ela?' O/a médico/a responde: 'tem que dizer a ela que tem uma obstrução e que não vai mais passar comida'. 'E daí?' Pergunta o/a nutricionista. 'Vamos ter que fazer o que é possível para que ela se sinta melhor', diz o/a médico/a (NOTA DE CAMPO, 2005).

Em meio a esse diálogo, percebe-se a desolação da equipe, o sentimento de impotência presente em cada um/a.

Também em situações de extrema deformidade física, quando o/a doente necessita de curativos e outros cuidados, são freqüentes os comentários sobre aquilo que se passa durante a atividade, as dificuldades do/a doente, da família e dos/as próprios/as profissionais. Nesse sentido, constatei que se procura manter uma maior privacidade do/a doente e que os/as profissionais realizam o cuidado em pares, como se se protegessem da situação de sofrimento vivenciada frente ao doente.

Uma situação extremamente complexa e mobilizadora da equipe aconteceu quando da internação e cuidado de um/a trabalhador/a da instituição com câncer avançado. Diversas vezes, nessa situação, presenciei os/as profissionais se conbrando porque não haviam percebido o que acontecia com o/a colega e se questionando como a situação havia chegado àquele ponto sem ninguém se dar conta, quando trabalhavam cotidianamente com essa doença. Nesse sentido, havia nas palavras não ditas um quê de culpa por não ter “suspeitado” da doença em tempo de tratá-la. Esse também é um momento em que se evidencia a “constatação” da vulnerabilidade da própria equipe, isto é, qualquer um/a pode morrer sem que eles/as mesmos/as possam impedir isso.

Enfim, toda a etapa de observação foi marcada por situações dessa natureza, que deixavam à mostra que a vivência da morte e das condições em que os/as doentes se encontravam ao final da doença não era tão “tranqüila” quanto os/as profissionais afirmavam. Na expressão dos/as trabalhadores, muitas vezes, esses sentimentos aparecem, como nos depoimentos a seguir:

Às vezes xingar, chorar, ficar fora daqui. Dizer: olha eu não quero mais. Eu preciso de folga. [...]. Eu, por exemplo, agora no feriado, vou ficar fora vários dias. Eu preciso ficar vários dias fora daqui. Eu preciso! Porque vários dos óbitos vivenciados foram de pacientes que estavam há muito tempo conosco aqui. E isso nos desgastou. E a gente pensa que no mês seguinte vai mudar, mas no mês seguinte é que a gente leva o baque. E a gente não percebe. Mas a gente cuida muito um do outro (e3/ECP).

O que mais me entristece é o sofrimento do paciente, o óbito precoce. Por mais que eu não queira, eu fico mal. [...] Ainda mexe muito comigo. Preciso trabalhar isso melhor. Fora isso, eu não posso reclamar de nada, porque eu vim de um lugar que era um horror em termos de profissionais, de valorização, de reconhecimento, de trabalho. [...]. A única coisa que me entristece é essa situação que você vê coisas que você não imagina que tem. [...] Não acredita que tem. E tem! Você vê coisa neste corredor aqui! [...] Isso me faz muito mal. O resto eu adoro. Eu venho com prazer aqui. Tem dia que eu não faço nada, porque não dá para fazer. Mas o pouco que eu

faço ali, conversando, pegando na mão, eu sei que já é alguma coisa (to/ECP).

Sobre esse aspecto, há entre os/as integrantes da equipe a preocupação com os enfrentamentos feitos pelos/as profissionais, os quais percebem e conhecem os mecanismos de defesa de cada um/a e constroem coletivamente estratégias para sustentação dessa vivência imposta pelo trabalho. As mortes de usuários são discutidas a cada reunião de equipe, abrindo-se espaço para que cada um/a relate ao grupo o evento e as suas percepções sobre ele. Os sentimentos presentes no grupo são explorados sobre o olhar atento da coordenação, que esclarece dúvidas e possibilidades de cada situação, em um esforço claro de acolhimento das dores e tristezas, individuais e coletivas, presentes em cada finalização de uma vida.

Esse aspecto presente nas relações profissionais me parece fundamental para a manutenção da saúde mental dos/as profissionais, bem como uma estratégia que lhes permite o prosseguimento do trabalho. O envolvimento no processo de cuidado de doentes terminais demanda espaço para expor as angústias pessoais, os dilemas ético-profissionais que se relacionam às condutas tomadas em cada caso. Nesse sentido, poder falar e ser escutado/a, além de atender a essas demandas, provavelmente é fruto da construção de identidade de “pertença” (CASTELLS, 2006).

Diante dessa situação, alguns/as profissionais manifestam sua preocupação com os/as integrantes da equipe, que têm uma participação mais limitada nas discussões, mas, no entanto, são aqueles/as que realizam o cuidado no dia-a-dia, como, por exemplo, os/as técnicos/as de enfermagem.

O relacionamento é muito bom, o que a gente precisaria aprimorar é a comunicação, talvez com os técnicos de enfermagem. Saber o que eles sentem, com uma prescrição de sedação. Às vezes está lá escondidinho e aparece quando você pergunta: por que tu estás mais triste agora? [...]. ‘Ah doutora é que eu fiquei tão em dúvida, será que aquela paciente poderia ser sedada’. São os dilemas éticos (m1/ECP).

Kovacs (2003) discute a convivência de profissionais, familiares e doentes com a condição da doença e da morte e as relações que se estabelecem nessas situações. Nesse sentido, aborda a autora o desgaste que representa para familiares e profissionais conviverem com doentes terminais, como é a situação das pessoas com câncer avançado, onde a dor, o agravamento e a degradação das condições gerais afetam a todos/as que estão em contato com a pessoa doente.

Para a autora, a formação dos/as profissionais de saúde enfatiza demasiadamente a cura, o investimento em procedimentos que prolongam a vida, muitas vezes, indefinidamente, mesmo quando nem mesmo existe vida, considerando que a vida não pertence apenas à esfera física. A realidade da morte defronta os/as profissionais de saúde e, principalmente, o/a profissional médico/a “com sua impotência, pois por mais recursos tecnológicos que ele/a disponha, a morte sempre será vencedora” (KOVÁCS, 2003, p. 19).

A perspectiva da filosofia de cuidados paliativos, como vem sendo difundida em diversos países e, no Brasil, mais recentemente, a partir da década de 1970, enfatiza a vida com qualidade de vida e a atuação profissional voltada para “estar ao lado”, dando melhores condições de vida ao doente, facilitando o processo vivido por eles/as e pelos/as familiares, “e continuando junto, quando a morte inevitável, vier” (KOVÁCS, 2003, p. 19).

Sobre esse aspecto, Kübler-Ross (2001), ao discutir uma seqüência no processo de perdas significativas, trata das relações e reações de doentes, familiares e profissionais frente à morte. Discute a autora as dificuldades vivenciadas por profissionais nas várias fases que antecedem a morte de um/a doente sem possibilidades terapêuticas, que vão desde a negação, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação. O processo de enfrentamento de uma doença terminal exige dos/as profissionais profunda capacidade de comunicação diante da evolução da doença, dos conflitos que envolvem o/a doente e a família e, das situações que envolvem a vida do/a doente, que são agravadas pelo sofrimento, provocado pela doença e pela aproximação com a morte.

Para Kübler-Ross (2001), em todos os momentos da doença, é importante que se visualizem espaços para a esperança, para a possibilidade de tratamentos e cura, para a possibilidade de diminuição do sofrimento e do desconforto. A falta de esperança significa a morte em si.

Para Kovács (2003, p. 121-127), “cabe aos profissionais engajados no processo de re-humanização da morte abrir espaço para a expressão da dor, do sofrimento, numa atmosfera acolhedora”. Na filosofia de cuidados paliativos, “a proposta fundamental é oferecer conforto, calor e proteção, favorecendo uma sensação de segurança”, sendo “a palavra-chave, cuidado”. Cuidado que implica em escuta esclarecedora, possibilitando

ao doente expressar seus medos e anseios, seus desejos, mesmo que muitos deles não possam ser atendidos.

Implica também em dilemas éticos fundamentais, que passam pela definição de qual é o momento em que não há mais nada a fazer, quando a morte se sobrepõe à vida. Dilemas sobre as escolhas de procedimentos que são realizados no sentido de aliviar a dor e o sofrimento e aqueles que provocam o prolongamento da vida à custa de dor e sofrimento. Dilemas sobre a definição da assistência necessária e a desassistência que pode sobrevir dessas escolhas, sobre o uso de medicamentos que auxiliam a diminuição da dor e do sofrimento, mas podem abreviar a vida (KOVÁCS, 2003).

Enfim, a convivência com os/as doentes em cuidados paliativos nem sempre é uma situação fácil para os/as profissionais e isso tem reflexos diferenciados para um/a dos/as envolvidos/as.

CAPÍTULO VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS: REVENDO A TRAJETÓRIA, APONTANDO AS POTENCIALIDADES, RECONHECENDO OS LIMITES E SINALIZANDO NOVAS POSSIBILIDADES DE INVESTIGAÇÃO

Orientada pela abordagem teórica que norteou este estudo, a visão marxista e a teoria da complexidade, os entendimentos sobre a interdisciplinaridade, o processo de trabalho em saúde e as teorizações acerca das Novas Formas de Organização do Trabalho (NFOT), retomo, neste final, as principais sínteses produzidas na investigação, para tecer as considerações finais.

Cabe então ressaltar que esta investigação, e todas as reflexões que permitiu/impôs articular, tomou como base o contexto macro-social e histórico em que estão inseridas as práticas interdisciplinares estudadas, considerando o potencial e os limites dessas na realidade, bem como o modo como são influenciadas pelo paradigma hegemônico de ciência. Nesse sentido, os resultados alcançados representam a análise do possível nessas práticas, uma vez que, apesar das ações de sujeitos sociais serem protagonistas e constituintes da totalidade histórico-social, são também produto dos constrangimentos macro-político estruturais, ou seja, das condições de possibilidade dessa mesma realidade.

A tarefa de relacionar os saberes e fazeres em saúde e a perspectiva interdisciplinar com as NFOT, como essas vêm sendo entendidas e estudadas na realidade atual, implicaram em um esforço teórico considerável. Os estudos realizados sobre as NFOT, nos diversos setores da produção social, não apontam para um consenso entre os/as autores/as. E, além disso, as NFOT têm sido ainda insuficientemente estudadas em relação ao processo de trabalho em saúde.

De fato, a complexidade do trabalho em saúde, da temática interdisciplinar e das instituições onde os/as profissionais desenvolvem sua prática exige uma análise igualmente complexa desses fenômenos e do contexto histórico e social em que estão inseridos, das possibilidades e limites presentes no desenvolvimento de alternativas ao modelo hegemônico de produção de cuidados assistenciais e de produção de

conhecimentos nesse campo.

Nas instituições...

Um primeiro aspecto a ser ressaltado nesse esforço final de síntese das investigações diz respeito às realidades institucionais estudadas e aos seus potenciais e limites para a efetivação de práticas interdisciplinares. A estrutura e o relacionamento das instituições com o SUS, o modo como ocorre o financiamento dos serviços, a estrutura hierárquica vigente e, também, o organograma institucional e o modelo de gerenciamento adotado afetam a gestão e organização do trabalho, de forma positiva ou negativa.

Nas duas realidades estudadas, estão presentes fatores que contribuem e que limitam a prática interdisciplinar. As estruturas institucionais, assentadas em organogramas verticais, com estruturas departamentalizadas pelo modelo das especialidades médicas, consoante ao modelo hegemônico de produção do conhecimento e de produção de serviços em saúde, são fatores limitantes nas duas situações estudadas. A organização dos diversos grupos profissionais em diretorias isoladas e a ausência de comunicação entre os grupos funcionais dificultam, embora não impossibilitem a concretização de propostas assistenciais em uma perspectiva mais integradora.

Por outro lado, a gestão das instituições e os espaços de democracia interna ao menos nas duas equipes estudadas, apontam para modelos que se aproximam das NFOT. Na instituição oncológica, a gestão pelo Programa de Qualidade Total (QT), a despeito das restrições encontradas na literatura para que se considere esse modelo como NFOT, tem propiciado, aos/as trabalhadores/as, a possibilidade de um trabalho mais criativo e motivador. Aos usuários, têm facilitado o atendimento mais adequado de suas necessidades e tem propiciado maior acolhimento e melhor vínculo com os/as profissionais, otimizando o acesso aos serviços. Para a instituição, esses fatores contribuem para dar melhor cumprimento às suas funções sociais como prestadora de serviços de saúde.

De modo semelhante na instituição universitária, a experimentação de modelos mais participativos de gestão e a proposta em curso de gerenciamento pelo

Planejamento Estratégico Participativo (PEP) também abrem novas possibilidades de participação dos/as trabalhadores/as na definição dos rumos institucionais.

Na equipe de cuidados paliativos, o lado positivo do Programa de Qualidade emerge na apropriação que os/as integrantes daquele grupo fizeram dos espaços para o gerenciamento do “processo de cuidados paliativos”, em que introduziram dinâmicas mais democráticas de coordenação/direção, controle e avaliação do processo coletivo de trabalho. Entretanto, como proposta inovadora e diferenciada, essa perspectiva mantém-se em tensão constante com a instituição e com o próprio programa de QT. Os aspectos de gerenciamento por metas de qualidade e as avaliações resultantes desse processo são entendidos, muitas vezes, de forma negativa pelos sujeitos do estudo. Por outro lado, o gerenciamento por metas de qualidade e por processos produtivos permitiu ao grupo a negociação e a definição de objetivos adequados à avaliação desse processo. O gerenciamento dos serviços por processo instituído possibilitou o reagrupamento das profissões em um mesmo espaço produtivo e a criação de um modelo de gerenciamento interno da equipe que se aproxima ao de gestão colegiada. Em muitos aspectos, esse modelo de gerenciamento da equipe interdisciplinar aproxima-se dos modelos propostos por Campos (1997) e Cecílio (1997, 1999).

O organograma atual possibilita, também, uma maior integração entre diversos grupos profissionais, ao estabelecer as subgerências hospitalares ambulatoriais e de transplante de medula óssea, que agrupam as diversas categorias envolvidas no ato assistencial, à exceção da categoria médica, que integra uma outra gerência. Nesse sentido, o isolamento da categoria médica coloca-se como um limite importante, dado que esse grupo profissional tem papel fundamental na definição do projeto assistencial e das políticas institucionais.

Na instituição universitária, as experiências alternativas de gestão e a tradição democrática da entidade parecem ter possibilitado que uma estrutura de trabalho interdisciplinar se formasse, ainda que em uma realidade comandada por departamentos e unidades de ensino que pouco têm trabalhado para a construção de uma efetiva integração interdisciplinar. No entanto, o não reconhecimento formal do Núcleo de Gerontologia no organograma da instituição situa-se entre as principais limitações dessa experiência para a análise de seu potencial no âmbito das NFOT.

Nessa situação, como bem apontam os/as integrantes do estudo, o trabalho da equipe “existe e não existe”, “é importante e não é importante”, dependendo da situação, do momento e dos interesses que beneficiam a instituição a cada momento.

Um desses limites diz respeito à administração financeira da instituição, estruturada por metas pactuadas por gestores estaduais, pela gestão institucional e pelo Conselho Estadual de Saúde, que produziu efeitos negativos na gestão do trabalho na equipe gerontológica. Esse modelo de administração financeira impõe uma maior rotatividade de usuários atendidos pelo grupo, em conformidade com o princípio de equidade de acesso, que constitui premissa do SUS. Não questionando a legitimidade desse princípio, o processo não considerou as conseqüências do aumento da rotatividade pela inclusão permanente de novos usuários, em um serviço com limites importantes de capacidade de atendimento, o que acaba interferindo no cumprimento a outro princípio do SUS, que é a integralidade, melhor desenvolvida em práticas interdisciplinares. Do mesmo modo que essa prática amplia o acesso para novos usuários do sistema, aproximando-se de outro princípio do SUS, que é a universalidade, não garante a integralidade em relação ao acompanhamento desses usuários. As limitações de números de consultas impedem o retorno e o monitoramento adequado desses sujeitos, em especial, pelo aumento significativo de espera para a marcação de consultas.

Em vista disso, a lógica do sistema não garante o retorno do usuário ao mesmo profissional que o atendeu inicialmente, nem a realização de exames na instituição universitária, dificultando a formação de vínculos e contrariando outra diretriz/recomendação para o modelo de atenção em defesa da vida (CAMPOS, 1994, 2000a). Esse modelo exige, também, mais esforço dos usuários, pois têm que percorrer diversas estruturas para que suas necessidades assistenciais sejam atendidas. Os problemas decorrentes dessa situação fazem parte de contradições e limites inerentes ao próprio sistema de saúde, que não conseguiu, até o momento, articular questões que envolvem o gerenciamento e as necessidades de saúde. No entanto, as negociações realizadas entre a direção da instituição e a equipe interdisciplinar, para minimizar essa situação, produziram resultados razoáveis, demonstrando o potencial desta prática para a efetivação de propostas que beneficiem os usuários.

Outro aspecto presente nas duas instituições, e que se aproxima das mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho, diz respeito à terceirização das atividades-meio, condição que tem sido adotada, cada vez com mais frequência. Os efeitos desse processo não foram explorados neste estudo, no entanto, a gestão pelas metas da QT, na instituição oncológica, parece sinalizar efeitos positivos, em termos de qualidade dos serviços prestados pelas terceiras, a exemplo do serviço de nutrição. Na instituição universitária, a terceirização não tem produzido os mesmos efeitos e os/as trabalhadores/as reclamam da qualidade dos serviços. Uma hipótese explicativa das diferenças observadas nas duas instituições pode estar no gerenciamento desses serviços, provavelmente pelo controle e supervisão adotados pelo programa de Qualidade Total na instituição oncológica.

No entanto, a análise do processo de terceirização não foi objeto deste estudo e as conclusões de seus efeitos sobre a organização do trabalho, sobre a relação com a gestão e sobre a precarização do trabalho demandariam estudos mais aprofundados, tanto no que diz respeito à qualidade dos serviços quanto aos efeitos desse processo para os trabalhadores terceirizados.

Nas condições de trabalho...

No que diz respeito às condições de trabalho, nas duas instituições investigadas os/as integrantes do estudo sinalizam para aspectos que têm facilitado ou dificultado as suas ações assistenciais. Os limites maiores, relacionados às condições de trabalho, estão focalizados nas questões salariais e na inadequação dos quantitativos de pessoal necessário para um trabalho de qualidade. Na instituição universitária, a insuficiência de profissionais para atender à demanda de trabalho tem tornado o grupo dependente do trabalho voluntário não remunerado, gerando constrangimentos aos trabalhadores e usuários.

No processo de trabalho e na participação coletiva...

Considerando-se as percepções da maioria dos/as integrantes do estudo, a participação reduzida dos/as trabalhadores/as no âmbito das decisões institucionais coloca-se como limite à aproximação mais efetiva com as NFOT. E, nesse sentido,

difere pouco da gerência taylorista, traduzindo-se em insatisfação dos/as trabalhadores/as. Por outro lado, a participação tem muitas faces e uma delas diz respeito ao investimento que os sujeitos fazem nos espaços e nas possibilidades potenciais de participação. Assim, percebe-se que alguns se envolvem e participam mais dos rumos da instituição, outros participam menos.

Considerando o destaque dado à participação pelos/as estudiosos/as das NFOT, a situação observada nas duas equipes estudadas, apesar dos avanços produzidos até o momento, sinaliza para uma aproximação limitada com as NFOT. Há de se considerar também que, nas duas instituições, os modelos de gestão adotados têm propiciado participação representativa nas instâncias decisórias. Na instituição universitária, destaca-se a escolha das direções por processo eleitoral, do qual participam todos/as os/as trabalhadores/as, os/as docentes e estudantes dos cursos da área da saúde.

No entanto, a análise da participação mais efetiva nos processos decisórios institucionais aponta as limitações existentes, que dizem respeito não só a estrutura institucional e seus dirigentes, mas também aos trabalhadores/as e a sua capacidade de se colocarem enquanto sujeitos do processo institucional. É no lócus do trabalho das equipes que avança mais significativamente a participação dos/as trabalhadores/as.

No que se refere ao processo de trabalho, internamente às equipes e à perspectiva interdisciplinar, as NFOT, colocam a possibilidade de superação do projeto assistencial hegemônico orientado e coordenado exclusivamente pelos saberes da biomedicina e pelos/as médicos/as. O avanço desse projeto implica em superar o princípio da separação entre coordenação, execução e avaliação dos resultados do trabalho, e, em uma perspectiva que integre a maior interação entre os/as profissionais e que promova a articulação entre os diferentes saberes e fazeres disciplinares presentes no trabalho assistencial em saúde.

Nos casos estudados, as respostas a essa condição são dadas nas equipes pela existência de um projeto assistencial comum a todos/as os/as trabalhadores/as, que, segundo eles/as, diz respeito à “assistência integral” aos usuários do serviço, bem como à “melhoria da qualidade de vida” dos sujeitos cuidados. Na prática, a concretização desse projeto impõe a conjugação dos valores relacionados à integralidade pelos/as diversos/as profissionais das equipes, sinalizando o potencial de superação do modelo

fragmentado do projeto assistencial.

Na equipe de cuidados paliativos, os avanços obtidos com a perspectiva de assistência integral, construída pelo conjunto dos/as trabalhadores/as, se expressa na abordagem mais unificada da assistência e no melhor acompanhamento do usuário, nos diversos momentos da atenção ambulatorial, hospitalar e domiciliar. Na equipe gerontológica, esse acompanhamento não é formalizado, mas acontece por conta da interação entre os/as trabalhadores/as e usuários. Evidencia-se, também, na incorporação de outros saberes e fazeres, presentes em outras esferas do cuidado, como, por exemplo: a ação educativa (sala de espera, interação doente/família, integração do/a acompanhante, grupos de ajuda), o trabalho preventivo (grupo de treinamento de memória para idosos/as), a atenção psicossocial (atividades com portadores/as de Alzheimer e cuidadores/as familiares, acompanhamento das famílias de doentes oncológicos após o óbito do/a doente) e outras.

No processo de trabalho das equipes estudadas, as aproximações com as NFOT se expressam também no fato de os/as profissionais compartilharem entre si dimensões da atenção à saúde que vão além dos aspectos que envolvem a doença. Essa condição possibilita o investimento em um projeto assistencial mais aderente à compreensão do ser humano em sua complexidade e multidimensionalidade, sinalizando para a necessidade de interação e articulação interdisciplinar.

Os instrumentos de trabalho...

Na análise dos instrumentos de trabalho utilizados pelas equipes para a articulação interdisciplinar, o prontuário do/a doente não reflete a interdisciplinaridade pretendida, sendo sua utilização ainda bastante restrita à medicina e à enfermagem, de modo que as anotações não conseguem realizar a desejável síntese da articulação dos saberes e fazeres que acontecem na prática.

Nesse mesmo sentido, os protocolos assistenciais, que visam orientar as condutas frente a situações específicas, evitando a disparidade das ações entre os/as profissionais, representam um avanço sobre a prática tradicional. Embora nem todos tenham sido organizados pelo conjunto dos/das profissionais das equipes, os protocolos construídos coletivamente são sinalizações efetivas da integração interdisciplinar.

Práticas potencializadoras da interdisciplinaridade...

As práticas potencializadoras da interdisciplinaridade parecem ser um aspecto decisivo para a consolidação do projeto grupal e para mudanças na organização do processo de trabalho em saúde.

Nesse campo, os estudos de caso clínico são instrumentos que favorecem a articulação e a interação entre os/as profissionais, promovendo a educação permanente no serviço e propiciando a formulação de propostas de atenção que se aproximam mais de uma visão integral dos sujeitos que utilizam os serviços de saúde. Embora os/as profissionais considerem que os estudos ainda estão centrados no saber médico (e estão, na prática), a existência desses estimula a percepção de aspectos que dizem respeito a uma visão mais complexa do usuário e de suas necessidades.

As diversas modalidades de grupos de apoio, na assistência prestada pelas duas equipes – de acompanhantes, de cuidadores/as, as reuniões de família, os grupos de treino de memória -, favorecem a construção de autonomia dos sujeitos cuidados, pelo maior conhecimento e participação destes/as e de seus familiares no processo de decisão do tratamento. Possibilitam ainda a inclusão mais efetiva dos/as mesmos/as na definição da assistência que vão receber. Além disso, a convivência com outros indivíduos e famílias que enfrentam os mesmos problemas parece diminuir o isolamento social desses sujeitos (doentes e familiares), criando novas possibilidades para o enfrentamento das doenças e das dificuldades que se apresentam por conta delas.

Divisão e organização do trabalho coletivo...

No que diz respeito à divisão e organização do trabalho coletivo, a orientação interdisciplinar promove avanços em direção à superação do princípio de divisão entre concepção e execução do trabalho. A prática do planejamento assistencial conjunto possibilita a articulação dos diversos saberes e fazeres presentes no processo de trabalho em saúde, colaborando para a produção de consensos sobre o projeto assistencial. A interação entre os/as profissionais e as articulações das ações, que acontecem na dimensão prática do trabalho, possibilitam a integração dos núcleos mais intelectuais ao trabalho prático, com efeitos positivos para a assistência e para a

satisfação dos/as trabalhadores/as e usuários. O olhar dos/as profissionais para os sujeitos cuidados, com base na integração dos saberes das diversas disciplinas, também tem reflexos bastante positivos para a assistência. As trocas disciplinares, o “conhecer” e o reconhecer do saber e do fazer do/a outro/a profissional, o respeito à diversidade de saberes e fazeres, estabelecem uma relação que, se não de “igual para igual”, no mínimo menos desigual no processo de trabalho.

Enquanto limite ainda marcante da organização interdisciplinar, está a não superação da centralidade médica no processo de trabalho em saúde. Considerando que essa é uma das mais significativas características da gestão e organização tradicional do trabalho em saúde, sob esse aspecto muito ainda se tem a avançar.

As interações entre os/as profissionais e a articulação dos saberes e fazeres, ainda, ocorrem, principalmente, em referência ao conhecimento e ao trabalho médico. Do mesmo modo, as comunicações dos/as integrantes médicos/as deste estudo trazem um conteúdo de centralidade de seu saber. Nesse sentido, a valorização e a compreensão da complementaridade e interdependência dos diferentes saberes e fazeres profissionais, manifestadas a todo o momento pelos/as integrantes do estudo, bem como a busca permanente pela articulação e pela interação no trabalho, muitas vezes, foi traduzida pela necessidade de respeito, pela valorização das relações interpessoais, pela confiança, pelo desejo de ser ouvido/a e de participar, denotando ainda as insuficiências da integração interdisciplinar no grupo, quando se trata da superação das relações dominantes no paradigma da biomedicina.

Segundo Peduzzi (1998, p. 229), “a articulação requer um investimento ou movimento consciente e ativo do agente nessa direção”, de modo a evidenciar as conexões entre os diversos saberes e fazeres pelo agir comunicativo. As articulações presentes no trabalho interdisciplinar das equipes estudadas, em muitos momentos, são percebidas pelos/as integrantes do estudo como “instrumentos” que garantem uma melhor efetivação do trabalho médico e de seu saber.

No trabalho interdisciplinar, a coordenação dos processos coletivos preserva, também, a liderança do profissional médico/a, não diferindo da prática consolidada nos serviços de saúde. A liderança médica das equipes, embora entendida por muitos/a dos/as integrantes do estudo como decorrente da competência técnica e relacional dos

sujeitos que a exercem, e pela forte identidade desses sujeitos com o projeto do qual foram os idealizadores e desencadeadores, conserva outros determinantes. Esses determinantes estão relacionados ao destaque e ao papel que os/as médicos têm desempenhado na estrutura de poder das instituições de saúde, à maior valorização do saber médico e à centralidade do trabalho deste profissional no contexto do trabalho em saúde. Esse destaque é percebido nas comunicações dos/as integrantes do estudo, quando se referem à “chefia do saber”, quando identificam outras lideranças que asseguram a existência do trabalho, sem que, no entanto, se modifique essa posição já cristalizada.

No que diz respeito à autonomia profissional, na maioria das vezes, o conteúdo das falas dos/as integrantes do estudo traz a noção de autonomia/complementaridade e interdependência, enquanto condição necessária ao projeto interdisciplinar, o que está de acordo com as noções de Morin (2000, 2003) e de outros/as autores/as que abordam a interdisciplinaridade. Evidencia-se, na fala dos sujeitos do estudo e em suas práticas cotidianas, o conhecimento que possuem e o desejo genuíno de “conhecer” o que sabem e o que fazem os/as outros/as profissionais, confirmando a potencialidade do trabalho interdisciplinar para a interação entre as disciplinas e a articulação dos saberes e fazeres para a construção de um projeto de atenção integral à saúde dos usuários.

Em muitos momentos, a autonomia, aparece como projeto de autonomia técnica e, daí, o projeto de trabalho autônomo toma como referência o trabalho médico, o conhecimento da medicina e não o projeto de assistência integral. As conquistas, nesse sentido, dizem respeito aos ganhos individuais na tomada de decisão em questões consideradas de competência de cada área profissional, mas que estão, de certo modo, submetidos à aprovação do/a profissional médico/a.

Dentre os limites percebidos nas duas experiências estudadas está a capacidade da lógica interdisciplinar ultrapassar as fronteiras da própria equipe. Assim, quando da interação com outros/as profissionais e/ou com outras equipes, parece que a relação não se modifica, permanecendo a lógica da organização disciplinar, de modo que a síntese interdisciplinar só parece ocorrer posteriormente, na “clausura” do grupo.

É bem possível entender essa situação pelos modos como essas equipes se formaram, em condição um tanto à margem da estrutura, lutando por suas crenças e

convicções, que determinaram também medidas de “proteger-se” no contexto institucional. A atuação interdisciplinar, nesse sentido, faz parte do esforço possível de profissionais que buscam, em uma realidade adversa, a construção de um novo modo de trabalhar e de prestar cuidados de saúde. No entanto, considerando que essas experiências já existem há quase 20 anos, pode-se concluir que a perspectiva de trabalho em equipes interdisciplinares apresenta limites para a superação do modelo hegemônico de atenção à saúde, quando se toma para a análise o todo organizacional.

Na enfermagem...

Internamente às equipes, a atuação interdisciplinar parece influenciar positivamente as profissões com um histórico de organização do trabalho mais próxima da visão taylorista, como é o caso da enfermagem. Nesse grupo profissional, foi possível observar que a atuação interdisciplinar parece gerar movimentos internos, permitindo à profissão rever a sua própria prática, possibilitando um novo olhar para o trabalho assistencial e potencializando a realização de uma ação mais cooperativa entre os diversos agentes da equipe de enfermagem, com resultados positivos para os/as trabalhadores/as e para o usuário. Porém, ainda, com certas limitações, surgem, dessa prática, indicativos potenciais para o rompimento com o tradicional modelo hierárquico da enfermagem.

Na atuação das equipes interdisciplinares estudadas, confirma-se o potencial para a realização de mudanças que beneficiam os usuários e os/as trabalhadores/as, bem como as mudanças no modo de fazer a assistência à saúde, a partir dos micro-espacos de trabalho. Sobre esses aspectos, a atuação em equipes interdisciplinares parece contribuir para a concretização dos princípios e diretrizes que consubstanciam a criação e implantação do SUS. Conjuga vários fatores defendidos por esse sistema, tais como: vínculo, acolhimento, humanização da assistência, facilitando o acesso dos usuários aos profissionais e aos serviços de saúde. A atuação interdisciplinar estimula modos mais solidários dos/as trabalhadores/as se relacionarem entre si e com os usuários, contribuindo para a efetivação de novas formas de organização do trabalho em saúde.

A construção de vínculos profissional/usuário promove, na maioria das vezes,

noções de forte responsabilidade para com os usuários e famílias, gerando preocupações e envolvimento que ultrapassam o tratamento da doença. Essa abordagem consegue cuidar melhor dos indivíduos, aproximando-se do olhar para a sua multidimensionalidade enquanto ser individual, cultural, histórico e social, além de utilizar melhor os recursos existentes nas instituições e na comunidade.

A prática de acolhimento nas equipes interdisciplinares configura-se em um espaço de satisfação para os usuários, que se sentem respeitados em seus direitos, e propicia um acesso mais adequado aos serviços de saúde, na medida em que esses possuem uma referência nas equipes para o atendimento às suas necessidades de saúde.

Na subjetividade dos sujeitos...

No que diz respeito à constituição da subjetividade dos/as trabalhadores/as, a atuação em equipes interdisciplinares e a existência de um projeto comum compartilhado pelos/as trabalhadores/as parece produzir efeitos muito positivos em suas vivências subjetivas, na construção da identidade individual e coletiva e sobre os desejos de reconhecimento dos/as integrantes do estudo. O reconhecimento do trabalho pelos usuários dos serviços e também pelos/as colegas e pela instituição tem papel determinante na satisfação dos/as trabalhadores/as.

Finalizando...

A interdisciplinaridade e a organização do trabalho são construções humanas e históricas, portanto, necessitam ser analisadas no contexto das modificações que o ser humano vai imprimindo à vida em sociedade.

A atuação em equipe interdisciplinar, no contexto da atenção à saúde, coloca-se como tentativa de superação de obstáculos que dizem respeito ao modo hegemônico de produção de conhecimentos e de cuidados de saúde. Nesse sentido, referem-se à construção de modelos que considerem as necessidades dos sujeitos cuidados em suas múltiplas dimensões, o que impõe a busca de novas formas de organização do trabalho, em moldes mais motivadores e criativos.

No que diz respeito à organização do trabalho em saúde, em muitos aspectos, a perspectiva de atuação interdisciplinar aponta para uma aproximação com as NFOT.

Em outros casos, porém, apresenta ainda fragilidades importantes.

A potencialidade de concretização dessas mudanças, pela integração interdisciplinar, vem de condições sociais e históricas e da capacidade do ser humano de transformar o mundo, enquanto transforma a si mesmo. Essa condição depende, porém, de contextos sociais, políticos e institucionais mais amplos e, também, da ação de sujeitos capazes de mudar sua própria história, a história das instituições e da sociedade. A mudança não tem uma direção única, portanto, são as lutas empreendidas nos micro e nos macro-espços sociais que fazem a história avançar. Os impactos que as experiências dessa natureza podem provocar nas estruturas dos serviços de saúde existentes na atualidade dependem então de muitos fatores, dentre eles, a capacidade dos atores sociais para ultrapassar os limites das próprias experiências, extrapolando-as para outras esferas da instituição, para outras instituições e para a sociedade.

No contexto da produção de serviços de saúde, as propostas dessas equipes ainda que avancem significativamente, não estão prontas e nem asseguradas. As propostas mais gerais de gerenciamento do SUS e de gestão institucional podem afetar o trabalho dos grupos, facilitando ou dificultando seus processos.

Os avanços provenientes dessas práticas para a constituição de NFOT em saúde fazem parte de um processo contínuo de aproximação com a democratização e melhoria nas relações, na organização e na gestão do trabalho. Nesse sentido, necessitam cotidianamente ser recriadas e reinventadas por aqueles/as que acreditam na possibilidade de um trabalho mais solidário. Dessa forma, esses esforços convivem com as incertezas, com os acasos, com as ordens e desordens presentes na realidade.

Na perspectiva deste estudo, o referencial teórico-metodológico adotado contribuiu para a investigação e a compreensão do objeto de estudo. As elaborações resultantes deste trabalho constituem-se em uma visão provisória e sempre insuficiente para a apreensão da totalidade do fenômeno, portanto novas investigações poderão contribuir para o aprofundamento da temática.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989. 128 p.

ABERCROMBIE, N.; HILL, S.; TURNER, B.S. **The penguin dictionary o sociology**. Fourth edition. London-England: Penguin books, 2004, 449 p.

ANTÔNIO, S. **Educação e transdisciplinaridade**. Rio de Janeiro: Lucerna, 2002. 151 p.

ARTMANN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6 n.1, p.183-195. Rio de Janeiro, 2001. ISSN 1413-8123

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(3): 561-571, 2005.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação**. 8 ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. 84 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DA GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 36p.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**. 3 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1987. 379p.

CAMACHO, A. C. L. F. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. de Enfermagem**, v. 10, n.2, p. 229-233. Ribeirão Preto mar/abr., 2002. ISSN 0104-1169.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência das mudanças: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C. (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994, p. 29-88. 334p.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Praxis en salud: um desafio para lo publico**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo: HUCITEC, 2000a. 236 p.

_____. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface – Comunic. Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p. 389- 406, mar/ago, 2005.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000b, p. 219-230. <http://www.scielo.br/scielo>. Acessado em 13/10/2006.

CAPELLA, B.B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem.** Pelotas: Ed. Universitária/UFPEL; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, 1998. 183 p.

CAPELLA, B.B. et al. Programa vivendo e trabalhando melhor: aplicação prática no trabalho de enfermagem do HU/UFSC. IN: CAPELLA, B.B.; GELBCKE, F. L.; MONTICELLI, M. (Orgs.). **Para viver e trabalhar melhor: a multidimensionalidade do sujeito trabalhador**. Florianópolis: Editora da UFSC/CCS, 2002. 144 p.

CAPRA, F. **O ponto de mutação.** São Paulo: Cultrix, 1982. 447p.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares.** 2 ed. Porto: Afrontamento, 1993. 295 p.

CASTELLS, M. **O poder da identidade.** 5 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006. 530 p.

CATTANI, A. D. Autonomia. IN: CATTANI, A. D. (Org.) **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico.** 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1999, p. 27-34. 292 p.

CECÍLIO L. C. Inventando a mudança no hospital: o projeto “em defesa da vida” na Santa Casa do Pará. In: CECÍLIO, L.C. (Org.) **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1994, p. 187-234. 334p.

_____. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **RAP**, Rio de Janeiro, v.31, n.3, p.36-37, maio/junho, 1997a.

P

_____. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. IN: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Práxis em salud: um desafio para lo publico.** Buenos Aires, São Paulo: Lugar editorial, HUCITEC, 1997b. p. 283-320.

_____. Modelos técnico-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v. 13, n.3, p. 469-478, jul-set, 1997c.

_____. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 315-329. 1999.

CECÍLIO, L.C.O.; MEHRY, E. E. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n 64, p.110-122, 2003.

CECÍLIO, L.C.O.; MENDES, T. C. **Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores:** porque as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? Disponível em www.campinas.sp.gov.br/funcionalismo/curso_egds/material/txt_apoio_cecilio.pdf Acessado em dezembro de 2005.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC - IMS-UERJ-ABRASCO, 2004, p. 259- 278.

CÉLIA. L.S.; BALESTRIN. C. A. (Orgs.). **Interdisciplinaridade:** abordagens práticas. Porto Alegre: EDIPURS, 2003. 175p.

CHANLAT, J.F. Modo de gestão, saúde e segurança no trabalho. In: DAVEL, E; VASCONCELOS, J. (Orgs.). **“Recursos” humanos e subjetividade**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 118-128.

CHAVES, M. **Complexidade e transversalidade:** uma abordagem multidimensional do setor saúde. 1998. > <http://www.nc.ufrj.br/ftp/complexi> < Acessado em setembro de 2002.

CHIAVENATO, I. **Teoria geral da administração**. 3 ed. São Paulo: McGraw- Hill, 1987. v. 1. 487 p.

CODO, W. Qualidade, participação e saúde mental: muitos impasses e algumas saídas para o trabalho no final do século. In: DAVEL, E; VASCONCELOS, J. (Orgs.). **“Recursos” humanos e subjetividade**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 129-157.

COHN, G. (Org). **Weber**. 2 ed. São Paulo: Ática, livro 13, 1982. 167 p.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. **Legislação sobre o exercício da enfermagem**, 2003. 82p.

COSTA, A. M; CREUTZBERG, M. Interdisciplinaridade: percepção de integrantes de um programa de promoção e atenção à saúde. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.20, n. esp., p.58-69, 1999.

DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho:** contribuições da escola djouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. 145p.

DEJOURS, C. **A Banalização da injustiça social**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999. 158 p.

DEMO, P. **Participação é conquista**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1996. 176p.

DESSUNTI, E. M.; SOARES, D. A. Avaliação da equipe de saúde por pacientes com HIV/AIDS atendidos no município de Londrina – PR. **Espaço para a Saúde**, v. 1, 01/12/1999. Disponível em <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n1/doc/artigos/EQUIPE.htm>. Acessado em 29/01/2005.

DOCUMENTO INSTITUCIONAL Nº 1. **Livro-ata de reunião com família** - equipe de cuidados paliativos, 2006. (digitado).

DOCUMENTO INSTITUCIONAL Nº 2. **Instrumentos de avaliação do programa de qualidade total**. Equipe de Cuidados Paliativos/Instituição Oncológica, 2005. (digitado).

DOCUMENTO INSTITUCIONAL Nº 3. **Apresentação da fundação e instituição oncológica**. Publicação online. Acessado em fevereiro de 2006.

DOCUMENTO INSTITUCIONAL Nº 4. **Livro-ata das reuniões da equipe gerontológica de 1988 - 2005**. Equipe Gerontológica/Instituição Hospitalar Universitária. 2005.

DOCUMENTO INSTITUCIONAL Nº 5. **Convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde e instituição hospitalar universitária**. Instituição Hospitalar Universitária. 2004. (digitado).

ENRIQUEZ, E. **A organização em análise**. Petrópolis – RJ: Vozes, 1997. 302 p.

ETGES, N. P. J. Ciência, interdisciplinaridade e educação. In: JANTSCH, A. P. BIANCHETTI, L. (Orgs). **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. 6 ed. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 51-84.

FAZENDA, I. (Org.). **A virtude da força nas práticas interdisciplinares**. São Paulo: Papirus, 1999. 174 p.

_____. **A Interdisciplinaridade: um projeto em parceria**. 5 ed. São Paulo: Loyola, 2002a. 119p.

_____. (Org.) **A pesquisa em educação e as transformações do conhecimento**. 4 ed. São Paulo: Papirus, 2002b. 159 p.

_____. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. 11 ed. São Paulo: Papirus, 2003a. 143p.

_____. **Interdisciplinaridade**: qual o sentido? São Paulo: Paulus, 2003b. 84p.

FERRAZ, C. A. Construindo uma prática administrativa de Enfermagem. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1990, Natal. **Anais... ABEn**, 1990. p. 85-97.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário aurélio da língua portuguesa**. 4 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. 2128p.

FERREIRA, L. C. **O Sujeito do trabalho e o trabalho do sujeito**: identidade e subjetividade na enfermagem hospitalar. 2002. 367f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade de Brasília, Brasília 2002.

FLEURY, A. C.; VARGAS, N. Aspectos conceituais. IN: FLEURY, A. C.; VARGAS, N. (Orgs). **Organização do trabalho**: uma abordagem interdisciplinar São Paulo: Atlas, 1987. p. 17-37.

FLEURY, A. C. Rotinização do trabalho: o caso das indústrias mecânicas. In: FLEURY, A. C. C.; VARGAS, N. (Orgs.). **Organização do trabalho**: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Atlas, 1987. p. 84-106.

FOLLARI, R. Algumas considerações práticas sobre a interdisciplinaridade. In: JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, L. (Orgs.). **Interdisciplinaridade**: para além da filosofia do sujeito. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 97-110..

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 15 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2000. 295p.

GALLO, S. **Conhecimento, transversalidade e educação: para além da interdisciplinaridade**. Disponível em <http://www.hipernet.ufsc.br/foruns/autonomia/pedago/gallo/contrans.htm>. Acesso em: 14 set. 2002.

GELBCKE, F. **Interfaces dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais do trabalho de enfermagem e o desgaste do trabalhador**. 2002. 270f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

GIOVANNI, G. O método dialético. IN: **III SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1984. p. 161-162.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Rev. Latino-am. Enfermagem** – Ribeirão Preto, v. 2, n.2, p. 103-114, jan., 1994.

GRAÇA, L. **Novas formas de organização do trabalho**. Textos sobre saúde e trabalho. 2002. Disponível em www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos. Acesso em: 29 jan. 2005.

GUIMARÃES, V. N. **Novas tecnologias de produção de base microeletrônica e democracia industrial**: estudo comparativo de casos na indústria mecânica de santa catarina. 1995. 473f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1995.

GUIZARDI, F; PINHEIRO, R. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-IMS-UERJ-ABRASCO, 2004. p. 37-56.

GUSDORF, G. Prefácio. In JAPIASSÚ, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologia qualitativa na sociologia**. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 224 p.

HARVEY. D. **Condição pós-moderna**. 7 ed. São Paulo: Edições Loyola, 1998. 349p.

HELOANI, R. **Organização do trabalho e administração**: uma visão multidisciplinar. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1996. 112 p.

HIRT, E. M. **A participação na visão dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário**: em busca do exercício da cidadania democrática. 2005. 293f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

HONÓRIO, M. T. **Política de gestão de recursos materiais em enfermagem**: uma construção coletiva. 2006. 150f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2006.

IRIBARRY, I. N. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe [online]. **Psicol. Reflex. Crit.** 2003, v. 16, n. 3, p. 483–490. Disponível na [www http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722003000300007&Ing=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722003000300007&Ing=pt&nrm=isso). Acesso em: 01 set. 2004.

JANTSCH, A.P.; BIANCHETTI, L. Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito. In: JANTSCH, A.P.; BIANCHETTI, L. (Orgs.). **Interdisciplinaridade**: para além da filosofia do sujeito. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 11- 24.

JAPIASSÚ, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. 220p.

KIRSCHBAUM, D. I. R. PAULA, F. K. C. O trabalho do enfermeiro nos equipamentos de saúde mental da rede pública de Campinas – SP. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9 n.5, p. 77-82, set., 2001.

KOERICH, M. S. **Enfermagem e patologia geral: resgate e reconstrução de conhecimentos para uma prática interdisciplinar**. 2002. 106f. (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

KONDER, L. **O que é dialética**. 4 ed. São Paulo: Brasiliense, 1981. 88p. (Coleção Primeiros Passos, n. 23)

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte: temas e reflexões**. São Paulo: Casa do Psicólogo/FASESP, 2004. 224 p.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 10 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 295p.

LARANGEIRA, S. M. G. Programa de qualidade total. In: CATTANI, A. D. (Org.) **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico**. 2 ed. Petrópolis: Vozes e Ed. da UFRG, 1999a. p. 183-190.

_____. Volvoísmo. In: CATTANI, A.D. (Org.). **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico**. 2 ed. Petrópolis: Vozes e Ed. da UFRG, 1999b. p. 285-288.

LAS CASAS, A (Coord.). **Novos rumos da administração**. Petrópolis: Vozes, 1999. 196 p.

LEITE, E. **Introdução ao sistema de aprendizagem vivencial**. Brasília: Centro de Aprendizagem Vivencial (Apostila do Curso de Formação de Facilitadores), 1993. Digitado.

LEITE, E.; FERREIRA, L. **Relatório diagnóstico e mobilização dos enfermeiros: programa vivendo e trabalhando melhor**. Brasília: Centro de Aprendizagem Vivencial, 1996. Digitado.

_____. **Relatório diagnóstico dos técnicos e auxiliares de enfermagem: programa vivendo e trabalhando melhor**. Brasília: Centro de Aprendizagem Vivencial, 1997. Digitado.

_____. **Treinamento do papel gerencial - relatório de acompanhamento evolutivo: programa vivendo e trabalhando melhor**. Brasília: Centro de Aprendizagem Vivencial, 1998. Digitado.

_____. **Atualização de papel e desenvolvimento interpessoal:** as relações grupais no trabalho de enfermagem. Programa Vivendo e Trabalhando Melhor. Brasília: Centro de Aprendizagem Vivencial, 2000. Digitado.

_____. **Reflexões sobre o método vivencial de diagnóstico e intervenção institucional.** Programa Vivendo e Trabalhando Melhor. Brasília: Centro de Aprendizagem Vivencial, 2001. Digitado.

_____. Referenciais teóricos e metodológicos do programa 'vivendo e trabalhando melhor': uma proposta do sistema de aprendizagem vivencial para aplicação institucional. CAPELLA, B.B.; GELBCKE, F. L. MONTICELLI, M. (Orgs.). **Para viver e trabalhar melhor:** a multidimensionalidade do sujeito trabalhador, 2002. p. 17-49.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia de assistência de enfermagem:** análise da utilização do documento no processo de trabalho. 1991. 174f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1991.

LIEDKE, E. R. Relações de trabalho. In: CATTANI, A. D. (Org). **Trabalho e tecnologia:** dicionário crítico. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 205-208.

LINHARES, Célia. Memórias e projetos nos percursos interdisciplinares e transdisciplinares. In: FAZENDA, I. (Org.). **A virtude da força nas práticas interdisciplinares.** São Paulo: Papyrus, 1999. p. 15-24.

LOSICER, E. A pro-cura da subjetividade: a organização pede análise. In: DAVEL, E; VASCONCELOS, J. (Org). **Recursos humanos e subjetividade.** 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 68-79.

MARCONDES, G. B. **Contribuições para uma aproximação entre as áreas da fonoaudiologia e da odontologia.** 1999. Monografia (Especialização Fonoaudiologia Clínica) - Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica – Motricidade Oral. São Paulo, 1999.

MARX, K. **O capital:** crítica da economia política. 10 ed. São Paulo: Difel, v.1, 1989.

MATOS, E. **Novas formas de organização do trabalho e aplicação na enfermagem:** possibilidades e limites. 2002. 140f. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os**

sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MAY, L. E. **A atuação da enfermeira frente à dor do cliente em pós-operatório:** uma abordagem humanizada. 2002. 121 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MEIRELLES, B. H. S. **Viver saudável em tempos de aids:** a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto da prevenção da infecção pelo HIV. 2003. 310f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MELLO, R. A questão da interdisciplinaridade no dia a dia da enfermeira que atua em centros de atenção diária de saúde mental. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v.51, n.1, p. 19-34, jan./mar., 1998.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C. (Org.) **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 117-161.

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.** São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993. p. 19-91.

MESQUITA, M. P. R. L. **A dimensão gerencial da identidade profissional da (o) enfermeira (o) na percepção da equipe de enfermagem:** uma perspectiva de construção coletiva. 2002. 132f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994. 269p.

MORIN, E. **Ciência com consciência.** 3 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999. 344p.

_____. **A cabeça bem-feita.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000. 128p.

_____. **Saberes locais, saberes globais:** o olhar transdisciplinar. 3 ed. Rio de Janeiro: Garamoud, 2001. 66p.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. 4 ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. 177 p.

MOSCOVICI, F. **Equipes dão certo**: a multiplicidade do talento humano. 3 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1996. 240p.

MOTTA, F. C. P. **Teoria geral da administração**: uma introdução. 19 ed. São Paulo: Pioneira, 1995. 212 p.

MOYSÉS N., TEIXEIRA M., PEREIRA S. R. Estrutura da rede de serviços de saúde: onde atuam os trabalhadores de saúde? In: MACHADO, M. H. (Org.). **Trabalhadores de saúde em números**. v 2. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, 2006. p. 11-31.

NICOLESCU, B. **A evolução transdisciplinar da universidade**: condição para o desenvolvimento sustentável. 1997 <http://www.perso.club-internet.fr/nicol/ciret/bulletin/b12/b12c8por.htm> < Acesso em: 25 set. 2002.

_____. **O manifesto da transdisciplinaridade**. 2 ed. São Paulo: Triom, 2001. 165 p.

NUNES, E. D. A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências. In: CANESQUI, A. M. **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995. p. 95-113.

OLIVEIRA, F. B.; SILVA, A. O. Enfermagem em saúde mental no contexto da reabilitação psicossocial e da interdisciplinaridade. **R. Bras. Enferm.** Brasília, v.53, n.4, p. 584-592, out./dez., 2000.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, ago., p. 299-316, 1998.

PATEMAN, C. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.161 p.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. 254f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PESSINI, L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. **Prática Hospitalar**, ano VII, n.41, p. 107-112. set./out., 2005.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989. 156 p.

_____. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Annablume, 1998. 253 p.

_____. Organização do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. 176p.

_____. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Rev. Baiana de Enfermagem**, UFB, Salvador, v.13, n.1/2, p. 83-92, 2000.

_____. **Relatório final de pós-doutorado**. Coronel Institut, University of Amsterdam. The Netherlands, 2004. Relatório. 90p.

PIRES, D; GELBCKE, F.L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.2, n 2, set, 2004, p. 311-325. I

POMBO, O. Interdisciplinaridade e integração dos saberes. **Liinc em revista**, v.1, n.0, março, 2005, p. 4-16. Disponível em <http://www.liinc.ufrj.br/revista> Acesso em: 05 jan. 2006.

_____. Epistemologia da interdisciplinaridade. **Interdisciplinaridade, Humanismo e Universidade**. Disponível em <http://www.humanismolatino.online.pt>. Acesso em: 07 jul. 2005.

PORTO, M. F. S.; ALMEIDA, G. E. S. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n. 2, p. 335-347, 2002.

RIBEIRO, C. et al. Interdisciplinaridade no contexto hospitalar [online]. **Científico**, Salvador, ano IV, n. 1, jan./jun., 2004. Disponível em <http://www.cientefico.frb.br/Imprensa/Psi/Saude/P.7.RIBEIRO,C.InterdisciplinHosp.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2004.

SAKAMOTO, L. H. A outra face do cuidar: como o médico pode mudar a assistência às crianças com câncer sem possibilidade de cura. **Prática Hospitalar**, ano VII, n. 41, p. 124-125, set/out., 2005.

SALERNO, M. S. **Projeto e organizações integradas e flexíveis: processos, grupos e gestão democrática via espaços de comunicação-negociação**. São Paulo: Atlas, 1999. 215 p.

SALUM, N. C. **Educação continuada no trabalho: uma perspectiva inovadora de transformação da prática e valorização do (a) trabalhador (a) de enfermagem**. 2000. 177f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SALVADOR, C. M. Coordenação pedagógica: virtude e força na constituição da parceria. In: FAZENDA, I. (Org.) **A virtude da força nas práticas interdisciplinares**. Campinas: Papyrus, 1999. p. 101-114.

SANDOVAL, R. C. B. **Grupo de convivência de pessoas com diabetes mellitus e familiares**: percepção acerca das complicações crônicas e conseqüências sociais crônicas. 2003. 154f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SANTOS, L. L. C. P. Formação do professor e pedagogia crítica In: FAZENDA, I. **A pesquisa em educação e as transformações do conhecimento**. 4 ed. São Paulo: Papyrus, 2002. p. 17-27.

SANTOS, S. S. C. **O ensino da enfermagem gerontogeriatrica no Brasil de 1991 a 2000 à luz da complexidade de Edgar Morin**. 2003. 199f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

_____. Desenvolvimento sustentável e cuidado ao idoso [online]. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2004. Disponível em [HTTP://WWW.UNATI.UERJ.BR/TSE/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S1517-59282004000200001&LNG=PT&NRM=ISO](http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282004000200001&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 05 dez. 2004.

SCHIER, J. **Grupo Aqui e Agora**: uma ação educativa de enfermagem para o autocuidado com o idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante. 2001. 190f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p. 1487-1489, nov./dez., 2004.

SCHRAIBER, L. B. Desafios atuais da integralidade em saúde [online]. **Jornal da Rede Feminina de Saúde** n. 17, mai.,1999. Disponível em: www.redesaude.org.br/jornal/html/body_ji17-desafios.html-18k . Acesso em: 21 jan. 2005.

SEVERINO, A. J. O uno e o múltiplo: o sentido antropológico do interdisciplinar. In: JANTSCH, A.P. BIANCHETTI, L. (Orgs.). **Interdisciplinaridade**: para além da filosofia do sujeito. 6 ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2002. p. 159-175.

SILVA, D. G et al. **O papel do acompanhante na internação hospitalar**. Florianópolis, 2002. (digitado).

TAVARES, C. A.; MATOS, E.; GONÇALVES, L. Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar à saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n.2, p. 213-231, abr./jun., 2004.

TAYLOR, F. W. **Princípios da administração científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 1979. 134 p.

TEIXEIRA, et al. Tratamento multidisciplinar do doente com dor. In: CARVALHO, M. M. M. J. C. (Org.) **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: SUMMUS, 1999. p. 87-139.

TRINDADE, F. E. **A administração científica de Taylor e as “novas formas” de organização do trabalho: possibilidades de coexistências? um estudo de caso na indústria têxtil catarinense**. 2004. 209f. Dissertação (Mestrado em Administração). Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

VASCONCELOS, E. M. Serviço social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: VASCONCELOS, E. M. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002. 328 p.

_____. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. Petrópolis: Vozes, 2002. 303p.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 423-432, abr./jun. 2004.

VILELA, E. M.; MENDES, J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 4, p. 525-531, jul./ago. 2003.

WALLNER F. Sete princípios da interdisciplinaridade no realismo construtivista. In: JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, L. (Orgs.). **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. 6 ed. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 85-96.

XAVIER SO, G. G. F. Especialização flexível. In: CATTANI, A. D. (Org.). **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1999a. p. 83-88.

_____. Modelo italiano. In: CATTANI, A. D. (Org.). **Trabalho e tecnologia: Dicionário Crítico**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1999b. p. 149-156.

_____. Modelo japonês. In: CATTANI, A. D. (Org.). **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1999c. p. 156-161.

APÊNDICES

APÊNCICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Instituição _____ Entrevistado/a _____ Codinome: _____

Profissão/especialidade: _____

Tempo na profissão e de atuação no grupo: _____

Grupo em que atua: _____

1) Para começar, gostaria de saber alguma coisa sobre a sua trajetória profissional, onde se formou, se teve alguma experiência de trabalho interdisciplinar na sua formação, locais de atuação e como ingressou neste grupo. Empregos anteriores ou atuais, atividades que realiza/realizou.

2) Defina o que você entende por interdisciplinaridade.

3) Você considera que este é um grupo com característica interdisciplinar? Por quê? Explique alguns exemplos de atuação interdisciplinar que acontecem no trabalho. Identifique aspectos positivos e negativos da organização do trabalho interdisciplinar desenvolvido por este grupo e limites/ problemas na perspectiva de atuação conjunta.

4) Você participa de seminários, congressos, encontros interdisciplinares ou outro tipo de capacitação para o trabalho interdisciplinar?

5) Já desenvolveu algum projeto de pesquisa com os/as demais profissionais? Como é divulgada a produção do grupo?

6) Como você avalia/descreve as relações de trabalho entre os/as profissionais que atuam neste grupo?

8) Como são as relações entre usuários e profissionais no grupo?

9) Como você avalia a comunicação entre profissionais e entre profissionais e usuários?

10) Existem protocolos assistenciais construídos coletivamente no grupo?

11) O grupo conta com apoio de outras especialidades na instituição? Como se dá o encaminhamento para os/as profissionais que não fazem parte do grupo?

12) Como se dá a integração com outros serviços e instituições do SUS?

13) Como o trabalho é organizado no grupo? (se necessário solicitar que descreva um dia de trabalho no grupo). Há divisão de tarefas? Como e baseado em que as tarefas são divididas? Quais são as suas tarefas neste grupo? Existe planejamento coletivo das ações desenvolvidas junto ao usuário? Como é feito esse planejamento? Os casos são discutidos? Existe avaliação dos resultados do trabalho e da proposta assistencial? Descrever as atividades realizadas pelos/as demais profissionais da equipe. Explicar como ocorre a integração das atividades. Falar sobre o conhecimento que julga necessário para executar suas atividades. Falar sobre o conhecimento necessário aos demais profissionais.

14) Você considera que os/as profissionais deste grupo participam da vida institucional, das decisões que envolvem o seu trabalho e a assistência aos usuários? Como a instituição contribui para a execução do trabalho do grupo? O trabalho que vocês desenvolvem é reconhecido institucionalmente? Há interferência das chefias superiores no trabalho desenvolvido? Explique como acontece.

15) Cite algumas situações que acontecem no grupo que o fazem se sentir valorizado enquanto pessoa e profissional e ou que lhe fizeram sentir o contrário.

16) Em relação às condições de trabalho o que você tem a me dizer a respeito de: ambiente físico (instalações), equipamentos e material, condições salariais, acesso à informação e outros.

17) Existe mais alguma coisa a respeito do trabalho no grupo que você gostaria de colocar?

APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA – USUÁRIOS DO SERVIÇO

1)Dados de identificação:

Codônimo _____ Instituição _____ Idade _____ Sexo _____

Procedência

Internações/ locais

Problemas de saúde:

Tempo que é atendido pelo grupo

Para iniciar, gostaria que falasse um pouco sobre os seus problemas de saúde, quais profissionais você procurou e como chegou a este grupo.

1) Por que procurou o grupo? Fale um pouco sobre o que já se passou com você (ou seu familiar) desde o início da sua participação neste grupo

2) Você conhece a equipe de profissionais que fazem parte deste grupo? Quem já o atendeu? Existe alguém no grupo com quem você se sente mais à vontade para discutir seus problemas de saúde/doença? Por quê?

3) Quais são as atividades que o grupo desenvolve junto com você e outros pacientes? Você participa das atividades? Gosta? Atende suas necessidades?

4) Como é o acesso ao grupo? Você tem liberdade para procurá-los quando necessita? Os/as profissionais se envolvem com seus problemas de saúde/doença?

5) Quando interna, os/as profissionais do grupo fazem algum contato com você? Eles/as os procuram? Você comunica que está internado/a?

6) Quando necessita de outros especialistas como você consegue o atendimento? Os/as profissionais do grupo encaminham? Auxiliam a conseguir o atendimento?

7) Você percebe alguma diferença entre o atendimento que recebe dos/as profissionais deste grupo e o que recebe de outros/as profissionais desta ou de outra instituição?

8) O que considera melhor em sua relação/no atendimento com os/as profissionais do grupo?

9) O que você considera pior em sua relação/no atendimento com os/as profissionais do grupo?

10) O que poderia melhorar no atendimento que você recebe no grupo multiprofissional?

11) A sua participação neste grupo facilita o seu atendimento na instituição? Em outras instituições? Você acha que sua participação facilita o controle sobre seus problemas de saúde/doença?

12) Existe alguma outra coisa que você gostaria de me dizer a respeito de sua experiência no grupo?

APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

- 1- Grupo:
- 2 - Data da observação:
- 3 - Atividade Observada:
- 4 - Profissionais presentes durante a observação:
- 5 - Atividades realizadas pelos/as profissionais durante a observação:
- 6 - Usuários envolvidos na atividade
- 7- Envolvimento de cada profissional na resolução de problemas relacionados aos usuários, encaminhamentos.
- 8 - Ocorrências durante e no intervalo das atividades (observar registros, comunicação entre os/as profissionais, comunicação profissional-usuário, profissionais envolvidos na orientação do usuário, decisões tomadas e outros).
- 9 - Condições de trabalho (ambiente físico/adequação à atividade, instrumentos de trabalho utilizados pelos/as profissionais, técnicas utilizadas...).
- 10 - Ocorrência de conflitos, profissionais envolvidos/as, soluções encontradas, comunicação.
- 11 - Situações de apoio na execução da atividade, trocas estabelecidas, integração/articulação dos/as profissionais na atividade, construções conjuntas.
- 12 - Questionamentos das competências específicas, sobreposição de ações, contradições aparentes e outras.
- 13 - Satisfações/insatisfações manifestadas
- 14 - Apoio institucional
- 15 - Trocas estabelecidas em relação ao conhecimento específico de cada área envolvida.

APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Meu nome é Eliane Matos e estou desenvolvendo a pesquisa “**A contribuição da prática interdisciplinar para a construção de novas formas de organização do trabalho em saúde**”. Tenho por objetivo analisar a dinâmica do trabalho assistencial, desenvolvido por grupos multiprofissionais de atenção à saúde, que assumam o desenvolvimento de uma prática interdisciplinar, em duas instituições hospitalares públicas do Estado de Santa Catarina. Minha perspectiva é identificar nessas práticas, aspectos de complementaridade e articulação dos saberes/fazeres e aspectos potenciais para a construção de novas formas de organização do trabalho em saúde.

Entendo que este estudo é importante para compreendermos a dinâmica do trabalho em grupos interdisciplinares e os caminhos percorridos por grupos multiprofissionais de atenção à saúde de usuários, em instituições hospitalares.

O estudo será realizado em duas etapas, que se darão concomitantemente. Uma dessas etapas constará de entrevista com os/as profissionais integrantes do grupo e também com usuários do serviço e, outro momento ocorrerá através de observação sistemática das atividades realizadas pelo grupo, sejam elas atividades envolvendo profissionais (reuniões, discussões de caso) ou atividades desenvolvidas com os usuários (reuniões, atividades educativas, atendimento individual).

Nesse sentido, gostaria de contar com a sua participação através de entrevista, bem como gostaria de obter sua autorização para participar das demais atividades realizadas pelo grupo. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo pessoalmente ou através do telefone (0xx48) 997727237 ou 3334955. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais, sendo que os nomes dos/as participantes não serão utilizados em nenhum momento. As informações coletadas serão utilizadas em minha Tese de Doutorado, e eventualmente na publicação em livro, periódicos ou divulgação em eventos científicos.

Sua participação poderá contribuir para a compreensão e construção de um trabalho mais prazeroso e motivador para os/as profissionais de saúde, assim como para uma melhor assistência aos usuários de nossos serviços.

Após cada uma das etapas, seu relato lhe será entregue para seu parecer final, estando você livre para acrescentar ou retirar as informações que julgar pertinente. Ainda, se você desejar, poderá deixar de responder às perguntas como julgar conveniente. A qualquer momento lhe é dado o direito de desistir da participação no estudo.

Desde já agradeço sua colaboração, que poderá contribuir para a aquisição de novos conhecimentos quanto ao trabalho que é desenvolvido pelos grupos multiprofissionais de saúde.

Eliane Matos
Pesquisadora

Dra. Denise Pires
Orientadora

Consentimento Pós-informação

Eu,....., fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “*A contribuição da prática interdisciplinar para a construção de novas formas de organização do trabalho em saúde*” e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma, desde que respeitadas as condições acima.

Florianópolis, ____ de _____ de 2005.

Assinatura: _____ **RG:** _____

APÊNDICE 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS USUÁRIOS DO SERVIÇO

Meu nome é Eliane Matos, sou enfermeira e estou cursando Doutorado em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina. Neste curso que estou realizando pretendo desenvolver uma pesquisa para compreender melhor como acontece o atendimento aos pacientes nos grupos multidisciplinares, no seu caso o grupo _____.

O trabalho tem por objetivo analisar como esses trabalhos acontecem, os aspectos positivos ou negativos para quem os utiliza, bem como identificar aspectos positivos e negativos para os/as profissionais que o realizam, com vistas à construção de outras maneiras de organizar o trabalho em saúde. A pesquisa que estou desenvolvendo é intitulada “A contribuição da prática interdisciplinar para a construção de novas formas de organização do trabalho em saúde”.

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar de entrevistas que irei desenvolver nesta instituição nos meses de maio a novembro de 2005, bem como autorizar a utilização das informações em minha tese de doutorado, trabalhos científicos ou livro.

Comprometo-me a realizar com você a leitura desta entrevista, após a transcrição da fita que utilizarei, se você autorizar, durante a entrevista. Você poderá acrescentar ou retirar as informações que julgar pertinente. Ainda, se você desejar, poderá deixar de responder às perguntas como julgar conveniente. A qualquer momento, você poderá desistir da participação no estudo. Para a entrevista, poderemos marcar uma data e local de sua preferência.

Os relatos obtidos serão confidenciais, sendo que os nomes dos/as participantes não serão utilizados em nenhum momento. Sua decisão quanto à participação ou não do estudo, bem como as informações que você vier a fornecer não influenciarão no seu atendimento na instituição ou no grupo.

Sua participação poderá contribuir para o entendimento do trabalho que os/as profissionais de saúde desenvolvem, assim como para uma melhor assistência para você e para os demais usuários do serviço.

Desde já agradeço sua colaboração, que poderá contribuir para a aquisição de novos conhecimentos quanto ao trabalho que desenvolvemos na área da saúde.

Se julgar necessário, você poderá entrar em contato comigo pelos telefones: 99972737/3334955.

Eliane Matos

Eu, _____, consinto em participar desta pesquisa, desde que se respeitem as condições acima.

Florianópolis, __ / __ / 2005.

ASSINATURA _____ RG:

APÊNDICE 6 – AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL
Tel.: (0xx48) 331-9480 - 331-9399 Fax: (0xx48) 331-9787
E-mail: pen@nfr.ufsc.br
www.nfr.ufsc.br

AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

De: Eliane Matos

Para: _____

Assunto: Autorização para Pesquisa

Prezado (a) Sr.(a):

Na condição de aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, solicito a autorização desta Direção/Gerência, para realizar atividades de pesquisa previstas em meu projeto de tese de doutorado nas dependências desta Instituição/Organização. Estas atividades constarão de entrevistas com profissionais e usuários do serviço multiprofissional _____, observação sistemática das atividades do grupo, bem como estudo documental da instituição e do grupo.

Meu compromisso ético é a garantia de anonimato dos participantes, o sigilo das informações, a proteção da imagem e prestígio dos participantes e da instituição e o direito de as pessoas envolvidas em concordarem ou não na participação na pesquisa, bem como a publicação dos resultados. Asseguro, ainda, que os dados coletados serão de uso exclusivo para consolidação de um estudo acadêmico para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Na certeza de contar com a sua colaboração, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

Eliane Matos

Enfermeira

COREn/SC 22146

ANEXOS

ANEXO 1 - SIGLÁRIO DO ORGANOGRAMA DA INSTITUIÇÃO UNIVERSITÁRIA

AD: Assistente de Direção	DTG: Divisão de Tocoginecologia
AMX: Serviço de Almoxarifado	DVAA: Divisão de Apoio Assistencial
ANE: Serviço de Anestesiologia	DVDC: Divisão de Diagnóstico Complementar
ARE: Seção de Arquivo e Estatística	EST: Seção de Estocagem e Distribuição
CAR: Serviço de Cardiologia	EMG: Serviço de Emergência
SCIH: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar	END: Serviço de Endocrinologia
CAT: Serviço de Capacitação Técnica	FAI: Seção de Farmácia Semi-Industrial
CC: Serviço de Enfermagem do Centro Cirúrgico	FAR: Serviço de Farmácia
CCR 1: Serviço de Enfermagem da Clínica Cirúrgica 1	FAT: Serviço de Faturamento
CCR 2: Serviço de Enfermagem da Clínica Cirúrgica 2	GAS: Serviço de Gastroenterologia
CE: Serviço de Enfermagem do Centro de Esterilização	GER: Serviço de Cirurgia Geral
CGEGO: Serviço de Enfermagem da Clínica Ginecológica e Emergência Ginecológica e Obstétrica	GOB: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia
CEEN: Comissão de Ética da Enfermagem	HEM: Serviço de Hematologia
CEPEN: Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem	INF(SI): Serviço de Informática
CIAM: Central de Incentivo ao Aleitamento Materno	LAC: Seção de Lactário
CM 1: Serviço de Enfermagem da Clínica Médica 1	MAN: Serviço de Manutenção
CM 2: Serviço de Enfermagem da Clínica Médica 2	MAP: Seção de Manutenção Predial
CM 3: Serviço de Enfermagem da Clínica Médica 3	MIN: Serviço de Medicina Interna
CMP (SCM): Serviço de Controle de Material	NEEP: Núcleo de Enfermagem em Emergência Pediátrica
CNEO: Serviço de Enfermagem da Clínica de Neonatologia	NEC: Serviço de Engenharia Clínica
CO: Serviço de Enfermagem do Centro Obstétrico	NEF: Serviço de Nefrologia
COP: Serviço de Compras	NEO: Serviço de Neonatologia
CPED: Serviço de Enfermagem da Clínica de Pediatria	NEU: Serviço de Neurologia
CPMA: Comissão Permanente de Materiais de Assistência	NTD: Serviço de Nutrição e Dietética
CTD: Serviço de Enfermagem do Centro de Tratamento Dialítico	ORT: Serviço de Ortopedia
CTI: Serviço de Enfermagem do Centro de Terapia Intensiva	OFT: Serviço de Oftalmologia
DA: Diretoria Administrativa	OTO: Serviço de Otorrinolaringologia
	PED: Serviço de Pediatria Clínica
	PNE: Serviço de Pneumologia
	PSI: Serviço de Psicologia
	PRO (DMSG): Serviço de Processamento de Roupas
	SACL: Serviço de Análises Clínicas
	SASC: Serviço de Atenção a Saúde do Campus
	SAP: Serviço de Anatomia Patológica
	PRO (NTD): Seção de Produção Normal
	PRO (DCC): Serviço de Proctologia
	REC: Serviço de Registro e Controle das Diretorias
	SAAD: Serviço de Apoio Administrativo
	SCF: Serviço de Controle Financeiro
	SEAC: Seção de Análises Clínicas

DAA: Diretoria de Apoio Assistencial	SEA: Serviço de Enfermagem em Ambulatório
DAD: Divisão de Administração	SEEA: Serviço de Enfermagem de Emergência Adulto
DAP: Divisão de Gestão de Pessoal	SEHT: Seção de Hemoterapia
DCM: Divisão de Clínica Médica	SEI: Serviço de Educação Infantil
DCC: Divisão de Clínica Cirúrgica	SHMT: Serviço de Hemoterapia
DE: Diretoria de Enfermagem	SMN: Serviço de Medicina Nuclear
DEC: Divisão de Enfermagem Cirúrgica	SOC: Serviço Social
DEEA: Divisão de Enfermagem em Emergência e Ambulatório	SPP: Serviço de Pronto-socorro do Paciente
DEM: Divisão de Enfermagem Médica	SRX: Serviço de Radiologia
DESCAM: Divisão de Enfermagem na Saúde da Mulher, Crianças e Adolescente	SSP: Serviço de Saúde Pública
DIE: Seção de Dietoterapia	URO: Serviço de Urologia
DMSG: Divisão de Manutenção de Serviços Gerais	UTI: Serviço de Terapia Intensiva
DPT: Divisão de Pediatria	VAS: Serviço de Cirurgia Vascular
	VD: Vice Diretoria
	ZEV: Serviço de Zeladoria e Vigilância