



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós - Graduação Ensino em Ciências da Saúde

CHRISTIANNE FERNANDES GARCIA

**CONCEPÇÕES DE INTERDISCIPLINARIDADE DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM SERVIÇO DE
REABILITAÇÃO E FISIOTERAPIA**

Santos
2016



CHRISTIANNE FERNANDES GARCIA

**CONCEPÇÕES DE INTERDISCIPLINARIDADE DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM SERVIÇO DE
REABILITAÇÃO E FISIOTERAPIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo – *Campus* Baixada Santista, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde, Modalidade Profissional.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

Santos
2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica

Universidade Federal de São Paulo

Garcia, Christianne Fernandes, 1973-

G2161c

Concepções de Interdisciplinaridade de profissionais de Saúde de um serviço de Reabilitação e Fisioterapia/ Christianne Fernandes Garcia; Orientador: Prof. Dr. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo – Santos 2016.

130 f. : il. color. 30 cm.

Dissertação de mestrado - Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista – Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, 2016

1. Construção de Subjetividade 2. Interdisciplinaridade. 3. Processo de Trabalho. 4. Trabalho em Equipe. 5. Trajetória Profissional I. Uchôa-Figueiredo, Lúcia da R., orientador II. Título

CDD 610

Folha de Aprovação

CHRISTIANNE FERNANDES GARCIA

CONCEPÇÕES DE INTERDISCIPLINARIDADE DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO E FISIOTERAPIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo – *Campus* Baixada Santista, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde, Modalidade Profissional

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

Aprovada em: ___/___/___

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Marina Peduzzi
Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem

Profa. Dra. Mariana Chaves Aveiro
Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista

Prof. Dr. Sidnei José Casseto
Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista

Profa. Dra. Ieda Maria Ávila Vargas (Suplente)
Universidade Federal de Brasília – Saúde Coletiva

*O que faz andar a estrada? É o sonho. Enquanto a gente sonhar a estrada permanecerá viva. “É para isso que servem os caminhos, para nos fazerem parentes do futuro”.
(Fala de Tuahir).*

(Mia Couto, 2007)

AGRADECIMENTOS

À Lúcia, por conduzir este processo com respeito e cuidado. Pelo olhar carinhoso frente às minhas dúvidas, aos meus “não saberes”. Pela ternura com as palavras e pela acolhida desde o curso de Especialização. Gratificante encontrar orientadores que são verdadeiros parceiros nesta exaustiva, porém encantadora jornada que é tornar-se um pesquisador.

Aos professores Sidney e Macarena pela valiosa colaboração acadêmica durante a qualificação desta pesquisa.

À Rosilda Brossi, por trazer a leveza e o bom humor na aprendizagem da língua inglesa.

Aos colegas de Mestrado que gentilmente compartilharam seus saberes “multi” por dias inteiros e por tantas trocas e acolhidas.

Aos professores do GEPRA pela abertura de outras formas – reformas do pensamento/sentir, pelos constantes e insistentes convites a pensar “fora da caixa”. Às convocações deliciosamente provocativas para um novo olhar.

À Mariliza, pela parceria na vida, por segurar em minhas mãos durante o percurso, por estar sempre presente e disponível, por sempre acreditar e não desistir! Meu porto seguro, meu abrigo.

À pequena Nina (*in memoriam*), companhia incondicional e afetiva nas inúmeras horas de trabalho.

À minha família, que sempre me proporciona aprendizados evolutivos em especial aos meus sobrinhos que nas fases difíceis me ajudaram a olhar a vida com mais ternura e renovaram em mim, com sua existência a esperança de dias melhores.

À Eunice e Julião por todo cuidado e carinho.

À querida Elza, com sua doce e assertiva lucidez que não me deixou esquecer o propósito maior ao escolher a realização deste mestrado e me ajudou a juntar as partes e fortalecer a base quando o todo parecia desmoronar.

À Conceição, um dos melhores encontros que a vida me proporcionou com suas provocações sempre afetuosas, pela disponibilidade da escuta, pelo companheirismo e a partilha de tantos sonhos.

Aos profissionais da Serfis, que trazem consigo tantas marcas, que se afetam e são afetados cotidianamente e que me transformaram na medida dos encontros.

À Flávia Liberman que em um momento sempre tão intenso de GEPRA pronunciou uma frase que reverbera em mim até os dias de hoje: “permita-se boiar”! Aprendi, boiei, no melhor dos sentidos: a entrega. Depois formatei. (por absoluta necessidade acadêmica).

Aos mestres de antes que souberam despertar em mim o desejo da docência e eu aceitei!

A cada autor, artista que fui encontrando durante o percurso da pesquisa na busca por um eco de meus pensamentos inquietantes, Gratidão!

Ao Vitor pelo auxílio na elaboração do abstract.

Aos alunos dos cursos de graduação e de pós graduação que ajudam a manter vivo o arquétipo do mestre-aprendiz, em que ora ensino, ora aprendo.

À Secretária de Saúde e aos amigos da SEVISA que souberam me acolher em momento de absoluto estrangeirismo, entenderam a ausência e acompanharam positivamente as últimas etapas deste processo.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo investigar as concepções de interdisciplinaridade de profissionais de saúde da Seção de Recuperação e Fisioterapia da Zona da Orla Intermediária na Cidade de Santos, a Serfis-Zoi, bem como os aspectos relacionais e a construção de subjetividade da equipe de trabalho. Um dos principais norteadores é a trajetória destes profissionais, suas histórias e perspectivas com a intenção de que desta forma seja possível uma compreensão da realidade que hoje se apresenta naquela unidade, bem como identificar de que maneira estes profissionais trabalham ou reconhecem a importância de um trabalho interdisciplinar. Realizou-se a coleta de dados da pesquisa por meio de grupos focais considerando-se a metodologia qualitativa, numa perspectiva sócio-histórica por ser esta pertinente ao campo da subjetividade e do simbolismo. O grupo participante foi a equipe profissional da Serfis, com a realização de quatro encontros que aconteceram entre os meses de Agosto e Setembro de 2015 e a partir da análise dos dados foram identificados núcleos temáticos que possibilitaram o agrupamento dos diálogos em três categorias: construção de subjetividade, processos de trabalho e interdisciplinaridade e que se desdobraram em dez subcategorias. Os resultados demonstram que a equipe identifica a importância do trabalho acontecer de maneira interdisciplinar, mas que isto não depende somente da formação individual ou da sua própria trajetória profissional. Demonstra também que o trabalho em equipe de forma interdisciplinar apresenta dificuldades e é ainda um desafio, pois identificou-se que outros fatores como infraestrutura, a organização do serviço e mesmo as questões relacionais atravessam este percurso e que estes seriam agentes dificultadores para que a interdisciplinaridade efetivamente aconteça. Um dos aspectos destacados diz respeito à própria compreensão do que seria um trabalho interdisciplinar, que eventualmente se mescla com a multidisciplinaridade e também a comunicação entre a equipe e entre esta e as gestões. As questões que surgiram a partir da investigação indicam a necessidade de mudanças na organização do processo de trabalho na Serfis, com a implantação de estratégias que contribuam para melhor articulação entre os diferentes profissionais que ali atuam, entre elas destacam-se a implantação de espaços de diálogo e de educação permanente construídos coletivamente, com a participação da equipe e da gestão nestas transformações para a produção do cuidado. Pretende-se que este estudo contribua para a efetivação de tempos e espaços na unidade em questão com o intuito de que ao partilhar as próprias histórias e exercitar a escuta dentro da equipe, possa este serviço, estabelecer estratégias para um trabalho efetivamente interdisciplinar.

Palavras chave: Construção de subjetividade. Interdisciplinaridade. Processo de Trabalho. Trabalho em Equipe. Trajetória Profissional.

ABSTRACT

This study investigates the interdisciplinary concepts of health professionals working at the Shore/Intermediate Zone Recovery and Physical Therapy Section in Santos (Serfis-Zoi), also, relational aspects and team subjectivity development. One of the main drivers is the path followed by these professionals, their stories and perspectives with the intention to make possible an understanding of what reality is presented today at that Section, and identify how these professionals work or recognize the importance of an interdisciplinary study. Data collection was carried out for the research through focus groups considering the qualitative methodology, based on a socio-historical perspective as this is relevant to the field of subjectivity and symbolism. The participant group was professionals from Serfis, per four meetings held from the months of August and September of 2015 and, from the analysis of data, thematic areas were identified, which allowed to put together the dialogues into three categories: Building subjectivity, work processes and interdisciplinarity, which developed in ten subcategories. The results showed that the team identifies the importance of interdisciplinary work, but it does not depend only on the individual training or own career path. Also demonstrates that interdisciplinary teamwork presents difficulties and it's still a challenge because results showed that other factors such as infrastructure, the service organization and even relational issues are part of it and make it difficult for the interdisciplinarity effectively happen. One of the main aspects relates to the very understanding of what would be an interdisciplinary work, which eventually merges with the multidisciplinary and also group communication and between staff and the different managements. The issues that emerged from the research indicate the need for changes in the organization and work system at Serfis, the implementation of strategies that contribute to better coordination between the different professionals that work there, among them, the implementation of dialogue and continuing education, built collectively, with the participation of the staff and management are the ones that stands out in the process of transformation. This study was intended to contribute effectively to the creation of interactions and dialogue in the unit in order to share own stories and exercise listening within the team, this service can establish strategies for interdisciplinary to work effectively.

Keywords: Construction of subjectivity. Interdisciplinarity. Work process. Team work. Professional Trajectory

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMBESP	Ambulatório de Especialidades
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFORM	Coordenadoria de Formação e Educação Continuada em Saúde
COMPESIN	Comissão de Projetos de Pesquisas e Intervenção
COUNES	Coordenadoria de Unidades Especializadas
DEAESP	Departamento de Atenção Especializada
DOI-CODI	Destacamento de Operações de Informações- Centro de Operações de Defesa Interna
GEPPRA	Grupo de Estudo e Pesquisa das Práticas
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
SEAS	Secretaria de Assistência Social
SERFIS-ZOI	Seção de Recuperação e Fisioterapia da Zona da Orla Intermediária
SEVISA	Seção de Vigilância Sanitária
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNIP	Universidade Paulista

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Atendimentos oferecidos pela SERFIS-ZOI entre os anos de 2014 e 2015 por especialidade.	39
Quadro 2	Categorias e subcategorias	47

SUMÁRIO

PONTO DE PARTIDA	XIII
1 – INTRODUÇÃO	18
1.1 Trabalho e construção de subjetividades	18
1.2 Trabalho em equipe	24
1.3 Interdisciplinaridade	30
2 – OBJETIVOS	37
2.1 – Objetivo Geral	37
2.2 – Objetivos Específicos	37
3– MÉTODO	38
3.1 - Delineamento metodológico	38
3.2 - Participantes	38
3.3 – Contexto da Pesquisa	38
3.4 - Procedimentos	40
3.4.1 – Procedimento para escolha dos participantes	40
3.4.2 – Procedimento para escolha do instrumento a ser utilizado	40
3.4.3 – Procedimento para coleta de dados	41
3.4.4 – Procedimento para análise de dados	44
4 – ASPECTOS ÉTICOS	48
5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
7 – REFERÊNCIAS	93
8 – BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	101
ANEXOS	102
Anexo 1: Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Santos	102
Anexo 2: Parecer Consubstanciado do CEP	103

Anexo 3: Desenho: marcas da trajetória	106
Anexo 4: Desenho coletivo representativo da Interdisciplinaridade	109
Anexo 5: Árvores dos Sonhos	111
APÊNDICES	113
Apêndice A: Questionário	113
Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	115
Apêndice C: Produto Técnico	117

PONTO DE PARTIDA

A cabeça pensa a partir de onde os pés pisam. Para compreender, é essencial conhecer o lugar social de quem olha. Vale dizer: Como alguém vive, com quem convive, que experiências tem, em que trabalha, que desejos alimenta, como assume os dramas da vida e da morte e que esperanças o anima (Leonardo Boof,1997).

Formada em Psicologia e Pedagogia, funcionária pública da área da educação infantil por 18 anos, em 2010, adoeci trabalhando e após longo período de argumentações junto ao departamento de medicina do trabalho, eles decidem que um professor que adoece não pode mais estar em sala de aula, nem tampouco em ambiente escolar. Sendo assim, em 2012 me readaptam na função de oficial administrativo na área da saúde e a partir de então, meus pés pisariam um território desconhecido.

Nesta época eu ainda atendia em consultório como psicóloga e lecionava em uma universidade local nos cursos de licenciatura, especialmente no curso de Pedagogia e Letras com formação de professores, tarefas estas que me são extremamente significativas e que referendam a profissional que me tornei. Passado o impacto inicial, diante da nova função, decidi que o melhor a fazer seria pensar a partir daquele novo lugar social e o meu olhar então se abre àquela nova situação. Conheço a SERFIS-ZOI, a Seção de Recuperação e Fisioterapia da Zona da Orla Intermediária em Dezembro de 2012, onde exerci minha nova atividade e permaneci até Agosto de 2013, quando fui convidada a trabalhar na COUNES, a Coordenadoria de Unidades Especializadas, que tem a gerência sob seis unidades de saúde sendo uma delas a SERFIS-ZOI. Neste lugar, tive a oportunidade de participar de diversas reuniões entre as unidades de saúde e a gestão, fiz parte do grupo condutor para implantação da rede de cuidados à pessoa com deficiência e também da COMPESIN, Comissão de Projetos de Pesquisa e Intervenção o que possibilitou uma ampliação dos caminhos possíveis entre a Saúde e a Educação.

Quando cheguei à COUNES, acontecia um curso de Especialização de Formação em Rede no *campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo, a UNIFESP/BS, já iniciado há alguns meses, mas ainda assim solicitei minha participação, pois por ser quase uma estrangeira na área da saúde, quis conhecer este universo e ainda que soubesse que não teria o título de especialista, era o conhecimento o que mais me interessava. Realizei alguns módulos do curso, interagi com outros tantos profissionais das mais diferentes unidades de saúde de Santos e passei a conhecer um pouco mais sobre a história da educação em Saúde e sobre o SUS.

Tempos depois é aberto o processo seletivo para o mestrado profissional. Participo do processo, passo em todas as etapas, ingresso no curso e abandono a especialização pela incompatibilidade dos horários. Nesta época já trazia comigo algumas tantas inquietações a partir de experiências anteriores vividas na Serfis como contarei mais adiante.

Após mais ou menos seis meses, do ingresso no Mestrado ocorreu o meu desligamento da COUNES. No entanto a saída da seção não me desestimulou frente ao propósito de continuar a pesquisa, pois a temática inicial continuava sendo uma inquietação pessoal, somado ao desejo de promover a escuta e conhecer a história dos profissionais da Serfis. Hoje, penso que a minha saída de certa forma, favoreceu um distanciamento do objeto investigado. Apesar das mudanças de função, de secretaria, de seções de trabalho, a educadora e a psicóloga que sempre fui e sou me acompanharam, desde sempre. Impossível haver um descolamento daquilo que nos estrutura e nos dá sentido, independente de onde estejamos e mais ainda quando o nosso olhar se conecta ao dinamismo das relações humanas e de suas histórias.

No período em que trabalhei na SERFIS-ZOI observei, a partir da relação cotidiana junto à equipe, que em alguns momentos no discurso dos profissionais de cuidados daquela unidade havia certo desencanto diante da realidade e da práxis diária no atendimento e no convívio. Estes discursos algumas vezes eram fundamentados na ausência de uma estrutura eficiente de trabalho no que diz respeito à material, espaço físico e outros, mas também estavam diretamente articulados com as deficiências nas relações nem sempre passíveis de imediata identificação e que surgiam latentes nas falas e nas atitudes.

A escolha do tema desta pesquisa foi pautada nestas observações que diziam respeito às dificuldades relacionais, mas principalmente após duas intervenções realizadas por um profissional da saúde mental designado pela Secretaria de Saúde para realizar um trabalho com aquela equipe. Naquele período, contava-se que a unidade tinha uma trajetória histórica de dificuldades de relação entre si e com as gestões. Era considerada uma unidade “muito difícil de trabalhar”. Esta era uma fala recorrente, de gestores e de profissionais de outras unidades que conheci durante o curso de Especialização e Formação em Rede da UNIFESP/BS.

Houve então, uma proposição por parte deste profissional de que a equipe encenasse um dia cotidiano de atendimento na unidade. A atividade aconteceu em dois dias e nestas duas vezes pude ser apenas uma observadora do trabalho realizado. Deste lugar, percebi a dimensão da compreensão das pessoas envolvidas no que diz respeito à dinâmica do serviço, como ele funciona, a demanda atendida, as dificuldades do trabalho tanto da equipe técnica quanto do administrativo e outros. Observei também, notoriamente, que havia uma necessidade quase vital de falar, de ser ouvido, de

contar histórias, de deixar o corpo gritar o que estava reprimido por razões que até então eu desconhecia.

A formação em Psicologia, o atendimento clínico e a experiência docente tanto na educação infantil quanto na formação de professores na universidade, me possibilitaram o exercício da observação, do olhar cuidadoso e da tentativa de compreensão da complexidade das relações. Naquele espaço, em que pessoas circulam, vivem se relacionam e trabalham o fato de estar em uma função administrativa não me destituiu da tentativa de entendimento, uma vez que observar pessoas e tentar compreender seus percursos faz parte do meu cotidiano e é de certa forma o que traz movimento e sentido na minha vida.

Encenaram com fidelidade o cotidiano da unidade em suas nuances mais distintas, desde a chegada de um paciente na recepção e a forma de atendimento, o telefone, os documentos, a relação entre a própria equipe, os comportamentos na sala administrativa. Percebi que quase de forma unânime as pessoas pareciam entender o espaço e a importância de cada um durante a dramatização. Não havia roteiro pré-estabelecido, não havia combinados, atuavam de acordo com seus saberes, de acordo com suas rotinas e talvez de acordo com o que sentiam. Fiquei ali me perguntando a razão do que via, me perguntando de onde vinham tantos “gritos”, tantas falas que parecia nunca serem escutadas tamanha urgência de dizer, e se eram escutadas, quem as escutava? Qual a acolhida da escuta? Se é que havia.

Sem qualquer explicação, o profissional que realizou as duas intervenções encerrou as visitas. A minha sensação era de abandono, de exposição desnecessária, de falta de comprometimento com o outro. Como se tudo estivesse em suspenso, olhava para aquelas pessoas, profissionais de distintas áreas e questionava como estariam se sentindo, afinal, aspectos dolorosos, difíceis, haviam sido tocados, despertados. Mais uma vez, em que momento a acolhida aconteceria? Não aconteceu e os sentimentos em relação a estas intervenções acabaram surgindo durante a coleta dos dados, no grupo focal, por parte da equipe participante como será possível verificar mais adiante nos resultados.

A partir disto, coloquei em questão a razão daqueles comportamentos, quis saber quais eram as histórias daquelas pessoas, os caminhos que percorreram e que resultavam naquilo que eu podia observar diariamente. Quis saber se a diversidade de conhecimento, das disciplinas que ali se encontravam seriam agentes facilitadores no processo de interação e de um trabalho efetivamente interdisciplinar ou seria este um dos “nós” que dificultavam a dinâmica do serviço.

A questão da interdisciplinaridade já me acompanhava na trajetória da educação, tanto pela própria formação e pelas buscas em cursos e pós-graduações, quanto pelo trabalho com a formação

de professores na universidade. Era um tema estudado e praticado e, portanto, estando na área da saúde, com profissionais de distintas áreas trabalhando conjuntamente entendi que talvez ali também fosse possível identificar a prática interdisciplinar e as concepções daqueles profissionais sobre esse assunto.

Pensando novamente sobre a intervenção citada, lembro Rolnik (1993, p.6) quando afirma que “uma série de marcas ao nos afetarem podem provocar em nós o aparecimento de uma ou várias marcas inusitadas ou também reavivar alguma marca que já estava ali a nos desassossegando, sem que pudéssemos ouvi-la e/ou responder à sua exigência”. Desta forma questiono então de que maneira os conteúdos despertados a partir daquela cena/situação poderiam ter afetado aquela equipe criando ali uma marca. Brum (2010) diz que as marcas se inscrevem em nós primeiro como algo indizível e depois as transformamos em outra coisa que nos dá a possibilidade de viver. Teria eu formatado uma cena para me dar a possibilidade de viver ali, no grupo? Poderia ter ficado apenas com o indizível, com o sentido? Quando formato, corro o risco de perder a essência, mas sem a formatação por onde escorre o que foi despertado? Aquela marca, aquelas cenas, o já sentido, o já percebido, tornou-se cicatriz e quantas outras não se fazem diante dos convites e/ou convocações a que somos expostos cotidianamente nos serviços e nas relações?

Diante da constante impermanência da vida, penso se a mesma cena hoje não seria diferente. Estamos em um constante devir, a equipe também, a cena também. Teria sido o meu olhar, um olhar ilusório sobre as pessoas e o serviço que já estavam ali antes de eu chegar? Eu só poderia saber se pudesse ouvi-los, se pudesse conhecer ainda que de forma recortada, as suas histórias e seus *sentires*.

Nasce então o desejo da pesquisa e um dos motivos que me mobilizam na direção de um mestrado profissional é a oportunidade de estar em contato com uma diversidade de saberes que possibilitam situações de aprendizagem e construção de um conhecimento até então distantes desta psicóloga e educadora, atuante na área de educação por quase vinte anos e praticamente uma estrangeira no território da saúde. Um conhecimento que conte a história da Saúde, mas também de seus trabalhadores, ou seja, daqueles que pertencem e ajudam a contar essa história e mais especificamente dos trabalhadores daquele local, pois “nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar um problema da vida prática.” (MINAYO, 2001, p. 17).

Entendo que pesquisar é também um ato de percepção e entendimento sobre os sujeitos e os contextos em que estão inseridos. É uma possibilidade de debruçar-se sobre si mesmo, sobre a própria história e sobre a maneira como nos posicionamos diante da vida e das relações e para isso é necessário que tenhamos a lucidez de que será preciso rever conceitos, ideias, reflexões construídas.

É um revisitar-se de forma consciente e corajosa, pois este é muitas vezes um caminho solitário. Necessário recolher-se um pouco, sentir, ler muito, fazer contato e produzir. É solitário e ao mesmo tempo coletivo, pois cada autor lido torna-se um parceiro na caminhada, ajudando a elucidar as possibilidades, a ver por outro lado, a criar um pouco mais, a buscar respostas e questionar certezas pois como nos conta Barros (2000, p.68) “para ter mais certezas tenho que me saber de imperfeições”.

Acredito ainda que ao realizarmos uma pesquisa podemos nos transformar enquanto pessoas, e ao fazermos contato com outras histórias transformamos também os lugares e as pessoas que deste caminho fizeram parte. Outras leituras, outros movimentos, outras construções na roda viva da existência humana de encontros e desencontros.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Trabalho e construção de subjetividades.

O referencial teórico que orienta o desenvolvimento desta pesquisa está fundamentado nos estudos que digam respeito a uma necessária formação e atuação interdisciplinar nas unidades de saúde, considerando a complexidade das relações humanas bem como a subjetividade representada nesta relação seja entre as equipes de trabalho, ou entre estas e a gestão ou ainda relações que se estabelecem a partir da necessidade daqueles que buscam o atendimento nos serviços.

A noção de subjetividade como questão conceitual no campo da saúde coletiva deu-se apenas nos anos de 1990 e sobre este momento, Minayo (2001, p. 15) afirma que “a década de 1990 pode ser considerada a do ‘retorno do sujeito’ como necessário, como ator das reformas, como partícipe, para empreendê-las ou para desviá-las”.

Campos (1992) diz que a subjetividade é importante para se fazer avançar a reforma sanitária, considerando especialmente seus dois atores centrais: os trabalhadores da saúde e os usuários do SUS afirmando que a reforma deve incorporá-los como sujeitos e não enquadrá-los com formas de controle. Essa é uma das funções que a noção de subjetividade vem responder: enfatizar a implicação subjetiva dos diferentes atores sociais no avanço ou retrocesso da reforma sanitária. Não se trata de pensar a subjetividade como interioridade psicológica e muito menos um retorno ao indivíduo liberal. Busca-se reconhecer a dimensão política da subjetividade vivida de modo mais particular, em sua conexão com os processos macrossociais: “é na gestão do cotidiano que se constrói esta ou aquela subjetividade, sujeitos autônomos ou sujeitados” (p. 94).

Ayres (2001) entende que a concepção do “sujeito como o ser que produz a história”, mostra-se insuficiente para atender aos valores do SUS, especialmente o da integralidade das práticas. De acordo com o autor, esse uso traz consigo a ideia de permanência ou “mesmidade”, que reside neste sujeito identitário e a ideia do sujeito histórico como produtor de progresso para a vida humana. Propõe outra forma de entender, algo que diga respeito a:

Uma conceitualização de subjetividade em que a idéia de permanência associada à dimensão identitária, seja substituída pela de contínua construção de identidades e a idéia de produção relacionada à dimensão transformadora, seja abarcada pela de sucesso prático, o caráter imediatamente relacional e contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos (p. 65).

Esta proposta realça a dimensão relacional da subjetividade, rebatizada de intersubjetividade, como modo de contemplar a dimensão dialógica sempre presente nas práticas de saúde, quer reconhecamos ou não. Diante disso, é necessário que os profissionais de saúde imersos nesta dimensão dialógica estabeleçam interlocuções entre o universo do conhecimento técnico, científico com o senso comum, nas ações e desenvolvimento de cuidados considerando os sujeitos para além, do processo saúde-doença.

Podemos entender que a inserção dos aspectos da subjetividade na saúde tenta realçar o elo entre dimensões materiais e dimensões subjetivas nas práticas em saúde, com a intenção talvez de se estabelecer pontes entre experiências individuais e coletivas.

Os espaços de trabalho têm sempre uma mistura de espaço de criação com repetição, de trabalho para si e trabalho de acordo com a necessidade de outro, outros tantos sujeitos singulares e complexos no campo da saúde. A alienação no trabalho pode ter efeitos destrutivos, pois a produção de saúde depende da qualidade do encontro com o outro, encontro que é decorrente das formas de relação e dos processos de intercessão entre sujeitos e que deve ser partilhada como nos lembra Feuerwerker (2014 p.59) ao dizer que “produzir atos de saúde cuidadores é tarefa a ser compartilhada por todos os trabalhadores de uma unidade de saúde”. Todos podem acolher, escutar, interessar-se, contribuir para a construção de relações de confiança e conforto.

Desta maneira na medida em que se compõem equipes para o trabalho de atendimento em saúde, mais do que um conjunto de saberes tecnicamente adquiridos, reúne-se também toda uma complexidade do universo de valores, crenças, e sentimentos que contam a história de cada um dos envolvidos. Nos encontros, com a finalidade de cuidar do outro, o acolhimento e o afeto são de fundamental importância para a construção de um trabalho que se proponha a potencializar a vida e as relações humanas, relações estas que vivem uma constante impermanência e que, portanto, produzem processos de redefinições, de novas escolhas individuais e coletivas. Esta situação propõe intrinsecamente a necessidade de desnaturalizar-se do já sabido na medida em que um diferente se apresenta.

Cada ser existente possui história singular, marcada por experiências únicas e contextualizada sócio historicamente e desta maneira podemos pensar que produzir cuidados implicaria em potencialmente realizar um processo de auto-análise frente aos cuidados consigo mesmo, sobre os cuidados que se estabelecem individualmente, mas também nas construções coletivas e de que maneira estas construções se manifestam no meio e nos espaços que se ocupa o que significa dizer que o sujeito quando organiza sua ação no mundo e, dependendo das representações simbólicas acessadas, ele assume diferentes atitudes. Isso diz respeito a um “olhar para si”, mas mais do que isso, significa montar e desmontar mundos, conseguir operar movimentos

de desterritorialização e reterritorialização em relação à práxis de produção do cuidado. (MERHY, 2003; FEUERWERKER, 2014).

Nas atividades da área da saúde, principalmente, cuidar de si é pressuposto para cuidar dos outros, é potencializar o trabalhador e trabalhador da saúde que não faz esses movimentos e não consegue “cuidar de si”, tende a permanecer aprisionado na plataforma organizacional que conduz a produção do cuidado em uma Unidade de Saúde pelas linhas do instituído, capturado intensamente pelas lógicas hegemônicas capitaneadas pelos modos de agir das profissões de saúde encasteladas cada uma em si mesma (FEUERWERKER, 2014).

Franco (2006); Feuerwerker (2014) entendem que os trabalhadores da saúde em atividade, através do trabalho vivo em ato, operam com base em fortes conexões entre si, onde a ação de alguns complementa a ação de outros e vice-versa, pois um modo de produção do cuidado que opera por fluxos de intensidade, mediado pelas tecnologias de trabalho, produz e é produzido também segundo pelos afetos entre os sujeitos. Estes ao produzirem o mundo do cuidado em saúde produzem a si mesmos e se afetam mutuamente, o que vai lhes imprimindo certa identidade subjetiva, na alteridade. Há um dinâmico e rico cruzamento de saberes e fazeres, tecnologias, subjetividades, e é a partir desta configuração do trabalho, como um amálgama, que os atos de saúde se tornam produtivos e realizam o cuidado.

A ideia de acolhimento está implicitamente presente em todos os encontros, seja nas relações de trabalho ou nas construídas ao longo da vida, sempre haverá alguém que acolhe e outro que é acolhido e neste sentido, embora os papéis sociais dos atores envolvidos no aspecto da saúde estejam constituídos no imaginário coletivo como sendo agentes de cuidados, muitas vezes, são estes quem necessitam de um olhar e uma conduta cuidadosa em relação a si mesmo. Pode-se pensar que a eficácia dos atendimentos e cuidados em Saúde estariam diretamente atreladas à qualidade do relacionamento humano estabelecido entre os profissionais e os usuários no processo de atendimento, mas também nas relações que os profissionais estabelecem entre si e a forma como constituem os vínculos no espaço de trabalho. Interessa-nos, portanto, olhar a rede de relações entre os trabalhadores e a maneira como constroem suas práticas em saúde e como são afetados por elas.

Sobre a questão do acolhimento, Merhy (2003, 2004) afirma que a vinculação do acolhimento pertence ao território das necessidades de saúde como um agir tecnológico do nosso trabalho, o que é vital e nuclear para definir o campo da saúde como um território politicamente comprometido com o enfrentamento das necessidades e com a promessa de produção de vida e são tecnologias, porque dizem respeito a um saber e a um modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado e como lidam com os aspectos relacionais que envolvem

os atos produtivos. Algo que ele denominou “tecnologias leves” e que dizem respeito às relações e são fundamentais para a produção de cuidados.

Ao se pensar em humanização em saúde, habitualmente remete-se à qualidade no atendimento ao usuário e obviamente este é um tema a ser amplamente discutido, no entanto, nesta pesquisa, os estudos se farão em torno do trabalhador, sua implicação nas práticas em saúde, e as intersubjetividades constituídas nas relações de trabalho. Vale ressaltar que por humanização compreende-se, segundo o Ministério da Saúde (2001) a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde.

A Política Nacional de Humanização - PNH (2008 p.11-12) ao dissertar sobre as questões ligadas ao acolhimento necessário nos serviços de saúde e nas reflexões sobre as relações constituídas nestes serviços afirma que:

Os processos de produção de saúde dizem respeito, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos, e se fazem numa rede de relações que exigem interação e diálogo permanentes. Cuidar dessa rede de relações, permeadas como são por assimetrias de saber e de poder, é uma exigência maior, um imperativo, no trabalho em saúde. Pois é em meio a tais relações, em seus questionamentos, e por meio delas que construímos nossas práticas de corresponsabilidade nos processos de produção de saúde e de autonomia das pessoas implicadas, afirmando assim, a indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de subjetividades.

Para que seja possível produzir e reconhecer subjetividades, que não se constrói isoladamente, mas em relação e é matéria prima de toda e qualquer produção (Guatarri e Rolnik, 1996, p.28) é necessário que se conheça além dos usuários destes serviços, também os profissionais e suas trajetórias como forma de tecer uma história das construções das práticas estabelecidas uma vez que o trabalho em saúde é sempre relacional porque depende de trabalho vivo em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está produzindo e são os espaços relacionais que medem os processos de trabalho e revelam que estabelecer relações é um saber intrínseco à atividade laboral (MERHY 2003; FRANCO 2006).

Diante de uma realidade cada vez mais individualista, fruto talvez de um mundo globalizado e que enfatiza, sobretudo a rapidez, a eficácia, ou ainda num mundo líquido moderno como afirma o sociólogo Bauman (2011) quando diz que é líquido porque jamais se imobiliza nem conserva sua forma por muito tempo, as oportunidades de alegria e ameaças de novos sofrimentos fluem ou

flutuam no ar, vêm, voltam com tamanha rapidez que não conseguimos tomar uma providência sensata e eficaz para direcioná-las ou redirecioná-las, para conservá-las ou interceptá-las.

Ficamos como que em um estado de cegueira ou anestesiamento frente à agilidade com que as transformações ocorrem e diante disso tudo, quase numa postura defensiva de garantir as certezas construídas, busca-se no conhecimento pré-existente as respostas para as diferenças que cotidianamente surgem a nossa frente.

Os processos de “anestesiamento” de nossa escuta, de produção de indiferença diante do outro, têm nos produzido a enganosa sensação de salvaguarda, de proteção do sofrimento. Essa forma de proceder, no entanto, nos mergulha no isolamento, entorpece nossa sensibilidade e enfraquece os laços coletivos mediante os quais se nutrem as forças de invenção e de resistência que nos constituem como seres humanos. Pois a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que eles constroem e que constroem a eles como potência de afetar e ser afetados. (PNH. 2008, p.77).

Em virtude, muitas vezes, da ilusória sensação de proteção frente às possíveis afetações, acaba-se por recorrer a um modelo padronizado de atendimento e de relações, muitas vezes pautadas no saber através das disciplinas por receio do que se ignora ou porque não se tenha aprendido a reinventar maneiras de pensar e agir para além da disciplina, um pensar talvez, transdisciplinar.

É preciso, sobretudo desaprender o já sabido, desaprender-se em certezas e naturalidades e lançar-se a imprevisibilidade do desconhecido como forma de ir ao encontro de si mesmo e do outro que sempre está lá quando nos permitimos à relação, pois precisamos lembrar que as ideias, segundo Morin (1991) “movem-se, mudam, apesar das formidáveis determinações internas e externas que inventariamos”. Henz (2013, p.183) compartilha deste pensamento quando afirma que a “incerteza e o não saber são desejáveis e qualificam a atuação profissional, uma vez que possibilitam a construção de um instrumento compartilhado no e a partir do encontro”.

Neste sentido, no caminho que se percorre para o reconhecimento de si mesmo e dos encontros acaba-se por um confronto com a identidade que se forma a partir das relações, da própria história, do fazer-se profissional. Corre-se o risco, porém, se não houver certo desprendimento e disponibilidade para a transformação de ocorrer um engessamento para as mudanças necessárias e um distanciamento da ideia de subjetividade como contínua reconstrução de identidades e a produção, relacionada à dimensão transformadora (AYRES, 2001).

É Ayres ainda, quem propõe que pensemos muito mais em intersubjetividade que em subjetividade, que consideremos o caráter imediatamente relacional e contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos e esta proposta realça a dimensão relacional

da subjetividade, rebatizada de intersubjetividade, como modo de contemplar a dimensão dialógica sempre presente nas práticas de saúde, portanto nas práticas entre disciplinas e saberes.

Merhy, (1997, p.72) também relata preocupação com a mudança das práticas de cuidado e gestão em sua dimensão intersubjetiva ao apresentar suas ideias como tendo sido engendradas em trabalhos de consultorias junto a diversos municípios, numa trajetória com trabalhadores e usuários do SUS, em seus modos de produzirem-se mutuamente “como uma máquina permanente de produções de subjetividades, de modos de sentir, de representar e de vivenciar necessidades”. Torna-se necessário, portanto, um acolhimento aos profissionais da saúde, articulado com políticas que priorizem o trabalho em equipe com objetivos claros e que busquem ações integradas nos cuidados. Ações que só terão razão e sentido se os sujeitos implicados nesta situação sentirem-se corresponsáveis e participantes vivos e ativos deste processo, tarefa esta ainda hoje pautada como um desafio.

Se considerarmos que o trabalho ocupa um lugar privilegiado na vida dos seres humanos não se pode deixar de pensar que seria este um fator relevante no que se refere à construção de subjetividades e de percepções, “trabalho é potencialmente produtor de sentido, quando é inventivo e participativo; e pode ser também produtor de sofrimento e desgaste, quando é burocratizado, fragmentado e centralizado” (PNH. 2008) e neste contexto o sofrimento é também um ponto de partida e é nesta experiência que se concentra a subjetividade como afirma Dejours (2004, p. 30):

O trabalho sempre coloca à prova a subjetividade, da qual esta última sai acrescentada, enaltecida, ou ao contrário, diminuída, mortificada. Trabalhar constitui, para a subjetividade, uma provação que a transforma. Trabalhar não é somente produzir, é, também, transformar a si mesmo e, no melhor dos casos, é uma ocasião oferecida à subjetividade para se testar, até mesmo para se realizar.

Entendendo que nos lugares nos quais se produzem as práticas de saúde expressam-se a construção de subjetividades comprometidas com a produção de certos sentidos para aquelas práticas, durante o período de convivência na SERFIS-ZOI, inúmeros momentos de inquietações e reflexões acerca dos processos estabelecidos foram surgindo diante daquele cenário, ao observar as relações naquele contexto e na prática cotidiana. Que modificações percebem em nossa sociedade e na construção dos serviços de saúde? Como estas mudanças os afetam pessoal e profissionalmente? Quais são os impactos gerados nas formas de se relacionar? As formas de ser e estar no mundo? Os caminhos percorridos, as histórias. Percebem-se no papel de agentes construtores e transformadores do processo saúde-doença?

A partir de tais inquietações, pensou-se nesta pesquisa como forma de aprofundar e buscar coletivamente, talvez não respostas absolutas, mas trajetórias de vida que quando contadas e partilhadas trouxessem a possibilidade de vislumbrar-se um panorama dos construtos que se fizeram ao longo do caminho e das resultantes surgidas a partir destas trajetórias. Não se tem a intenção de evidenciar somente uma busca por conhecimento técnico, aperfeiçoamento profissional, mas também a busca de si mesmo, do saber-se como produtor de saúde e desta forma, foi-se pensando possibilidades que pudessem colaborar com a dinâmica instalada naquele serviço. Merhy (2005) nos conta que aí está o cerne de um grande novo desafio: produzir auto interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho.

A pesquisa proposta teve a intenção de ouvir os profissionais da Serfis-Zoi, para que a partir destes diálogos, pudessem estes profissionais, ao interrogarem-se e conseqüentemente revisitarem a própria trajetória e, portanto suas construções subjetivas se percebessem em seus papéis não somente como produtos de um sistema de saúde, mas principalmente como agentes pertencentes e construtores deste sistema e que invariavelmente no que diz respeito à saúde coletiva vai ao encontro de uma prática interdisciplinar.

Ceccin (2005, p.167) afirma que:

Se somos atores ativos das cenas de formação e trabalho (produtos e produtores das cenas, em ato), os eventos em cena nos produzem diferença, nos afetam, nos modificam, produzindo abalos em nosso “ser sujeito”, colocando-nos em permanente produção. O permanente é o aqui-e-agora, diante de problemas reais, pessoas reais e equipes reais.

Dejours, (1986) corrobora com esta afirmação quando diz que saúde não é algo que vem do exterior, não é um assunto dos outros. Ao contrário disso, a saúde é uma “coisa” que se ganha, que se enfrenta e de que se depende. É algo onde o papel de cada pessoa é fundamental, portanto, que sejamos capazes de dialogar, de problematizar as próprias práticas e o trabalho em equipe, de construir novos pactos de convivência e aproximar os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde, pelo menos no nosso caso. (MERHY, 2005).

1.2 Trabalho em equipe

Na área da saúde é comum que o trabalho aconteça em equipes multiprofissionais uma vez que a complexidade dos problemas reais que se apresentam escapa à capacidade de um único profissional ter as habilidades e o conhecimento suficientes para responder a todas as demandas de cuidado. Desta forma, a exigência do próprio fazer cotidiano, ao longo da história na saúde vem se constituindo de maneira que o trabalho em equipe seja um imperativo a ser atendido. Para este trabalho procuraremos olhar o trabalho em equipe sob o aspecto das relações e os processos psíquicos no que diz respeito às dificuldades e aos aprendizados.

De acordo com Peduzzi, (2008) as mudanças nas políticas de saúde, nos modelos assistenciais e nas políticas de recursos humanos em saúde influenciaram o desenvolvimento da concepção de trabalho em equipe. Em meados dos anos 70, o debate acontecia em torno das políticas de saúde e de recursos humanos, considerando o perfil de necessidade de saúde da população brasileira e apontava a crítica à formação especializada e curativa dos profissionais de saúde e a necessidade de incentivar a utilização de métodos que estimulassem a atuação multiprofissional. Havia uma predominância de pessoal de nível superior, em particular de médicos.

A partir dos anos 80 com o movimento da Reforma Sanitária e as propostas de mudança do modelo assistencial, que tentam se efetivar desde então, as equipes ganham relevância como forma de buscar a integralidade das ações e melhorar a qualidade dos serviços. Há um aumento da presença de profissional de nível médio, sobretudo auxiliares de enfermagem, configurando a possibilidade de trabalho em equipes multiprofissionais mais complexas e qualificadas e vistas como uma unidade produtiva em substituição ao trabalho independente e isolado de cada profissional em separado.

O trabalho em equipe multidisciplinar surge como uma estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços e de acordo com Pinho (2006, p. 70) nos anos 90, se intensifica o debate sobre a atenção integral o que exige uma atuação profissional em equipe, com a inclusão de outros profissionais que ultrapassem o modelo biomédico e que poderiam contribuir na construção de saberes e práticas que contemplem as múltiplas dimensões da saúde. O trabalho neste campo, dadas as suas características, apresenta uma complexidade tais como a intersubjetividade, frente aos encontros que se fazem nos atendimentos e a interdisciplinaridade, características que requerem a assistência e o cuidado em saúde organizada na lógica do trabalho em equipe em substituição a atuação profissional de forma fragmentada.

Peduzzi (2008) nos alerta dizendo que há um consenso sobre a necessidade em torno do trabalho em equipe no setor da saúde, porém ainda persiste e predomina uma noção de equipe que se restringe à coexistência de vários profissionais numa mesma situação de trabalho, compartilhando o mesmo espaço físico e a mesma clientela, o que configura dificuldades para a

prática das equipes, visto que a equipe precisa de integração para buscar assegurar a integralidade da atenção à saúde.

Neste sentido, existem algumas questões que podem contribuir para tais dificuldades como percebemos nesta afirmação de Aguilar-da-Silva e Batista (2011, p. 175):

O principal aspecto positivo da atuação em equipe é a possibilidade de colaboração de várias especialidades que denotam conhecimentos e qualificações distintas. Esse mesmo aspecto, entretanto, pode dificultar a compreensão mútua e a possibilidade de uma tarefa uniforme, pelas diferenças próprias de cada área, tanto em nível do conhecimento em si, como da própria tarefa.

Além disso, as equipes enfrentam uma variedade de fatores situacionais e externos à sua vontade que geram impactos no processo de estruturação e de organização do trabalho.

Os serviços de saúde vêm tentando se organizar, segundo os princípios e diretrizes do SUS, para tentar responder às complexas questões em saúde. Não se ignoram os avanços estabelecidos ao longo dos anos, mas também não é possível fechar os olhos para o fato de que toda transformação é processual, passível de equívocos e de idas e vindas em sua construção. Portanto ainda vemos em algumas práticas um modelo de atenção fragmentado ou centralizado no ato da consulta médica, o que tem a ver também com os trabalhadores em articulação e desarticulação, com aquilo que tomam enquanto objeto de trabalho, com as relações de poder, conceitos sobre saúde-doença, com saberes e subjetividades em produção e (re) produção. (MERHY, *et.al.*, 1991).

Segundo Fortuna (1999, p.23), a perspectiva de um trabalho em equipe pressupõe um processo de inter-relação, momentos de entendimento e conflito e não se trata de um status a ser alcançado. Entende-se que compreender as relações e o trabalho em equipe em sua total dimensão e complexidade são algo quase inalcançável por se tratar de processos de relações dinâmicas e de infinitas possibilidades, se considerarmos a mutabilidade da existência humana e seu desenvolvimento. A intenção, portanto, é trazer alguns aspectos desta rede de relações que é uma equipe de trabalho.

Peduzzi (2001) conceitua trabalho em equipe multiprofissional como uma modalidade de trabalho dinâmico e coletivo que é construído por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação e aponta que há uma distinção entre duas noções de equipe: a equipe como agrupamento de pessoas e a equipe como integração dos trabalhos. A primeira é caracterizada pela fragmentação, justaposição das ações e o simples mero

agrupamento dos profissionais e a segunda pela interação entre os profissionais e a articulação das ações frente à proposta da integralidade das ações de saúde.

A partir de uma concepção ampliada do processo de saúde e doença, a atenção à saúde deve ter a intenção de organizar as políticas e ações de saúde numa perspectiva interdisciplinar, a despeito da crítica em relação aos modelos excludentes considerando que a idéia de agrupamento pode reforçar a noção de cuidado da doença, dentro de um modelo biológico do adoecimento e de uma visão fragmentada do paciente. A proposta do trabalho em equipe, por outro lado, adota uma concepção do cuidado voltada para o atendimento integral do ser humano e para as reais demandas de saúde da população, dentro do modelo biopsicossocial (PEDUZZI, 2001).

Ainda segundo a autora, a tendência para um desses tipos de equipe pode ser analisada pelos seguintes critérios: qualidade da comunicação entre os integrantes da equipe, especificidades dos trabalhos especializados, questionamento da desigual valoração social dos diferentes trabalhos, flexibilização da divisão do trabalho, autonomia profissional de caráter interdependente e construção de um projeto assistencial comum. De qualquer forma, a proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégica para enfrentar o intenso processo de especialização da área da saúde.

Fortuna (1999) e Dejours (2004) entendem que o trabalho não é apenas uma atividade, é também uma forma de relação social, portanto o trabalho em equipe se desdobra como uma rede de relações entre pessoas, rede de poderes, saberes, afetos, e desejos, onde é possível identificar processos grupais e propõe o reconhecimento e a compreensão desses processos grupais pelos seus integrantes como forma de construir a própria equipe, concebendo o trabalho em equipe como as relações que o grupo de trabalhadores constrói no cotidiano do trabalho. É, portanto, um trabalho de inter-relações, sociais, interpessoais, de complementaridade, mas também de competição e talvez por isso Merhy (2004) ao dissertar sobre as questões sobre acolhimento na rede serviços, afirme que cada vez mais, no cotidiano do trabalho exista a dificuldade de se encontrar equipes alegres não só porque a condição material do trabalho é ruim, assim como a condição salarial, mas principalmente porque a alma, o sentido do lugar do trabalhador está perdida. Perdeu-se o sentido do ponto de vista de quem aposta na perspectiva de que uma nova relação entre os seres sociais seja possível.

A perda de sentido poderia ser pensada a partir da urgência do cotidiano aliado à exigência da produtividade, o que poderia provocar certo distanciamento dos eventos tais quais eles acontecem, impedindo que os profissionais muitas vezes se coloquem como agentes produtores de saúde. Pode-se pensar ainda, que a rotina, o cansaço, a desesperança em ver o cotidiano transformado seja por melhorias estruturais ou ainda por transformações que estejam de acordo com o desejo de cada um dos envolvidos, poderia tendenciar a conduta dos atores em saúde a repetição

de atos descontextualizados ou mecanizados por distanciarem-se da magia e dos encantos que surgem a partir de encontros, dificultando por vezes os laços de cooperação e solidariedade entre os membros de uma unidade uma vez que vivemos em um universo de complexidade e diversidade, em um momento mundial de transformações de comportamento e de relações e estas mudanças afetam diretamente as pessoas e conseqüentemente suas relações profissionais.

Pode-se correr o risco de afirmar que a valorização dada ao pensamento racional na cultura ocidental, levou os profissionais a desvirtuarem o sentido da sua atuação, a de certa forma, construir o conhecimento de maneira fragmentada, portanto, é possível anunciar que o desafio neste século consistirá em aliar o científico e o tecnológico à necessária reforma do pensamento sobre o pressuposto da complexidade e do atendimento inter e transdisciplinar.

Por complexidade, compreende-se a teoria de Edgar Morin que afirma que a complexidade é o pensamento capaz de reunir (*complexus*: aquilo que é tecido conjuntamente), de contextualizar, de globalizar, mas ao mesmo tempo, capaz de reconhecer o singular, o individual, o concreto (MORIN; LE MOIGNE, 2000). É ele ainda quem sugere as articulações disciplinares, a busca das relações, a valorização do contexto e do sentido, sem, contudo, desprezar as especializações.

Essa situação aponta para a necessidade de se buscar novas formas de conceber a organização, o processo de construção do conhecimento e as relações estabelecidas no universo da saúde e um dos desafios de nosso tempo é trabalhar em equipe multiprofissional pautada na interdisciplinaridade diante deste universo de complexidades.

Morin (2005, p. 23) entende que só o pensamento complexo sobre uma realidade também complexa pode fazer avançar a reforma do pensamento na direção da contextualização, da articulação e da interdisciplinarização do conhecimento produzido pela humanidade. Para ele:

A reforma necessária do pensamento é aquela que gera um pensamento do contexto e do complexo. O pensamento contextual busca sempre a relação de inseparabilidade e as inter-retroações entre qualquer fenômeno e seu contexto, e deste com o contexto planetário. O complexo requer um pensamento que capte relações, inter-relações, implicações mútuas, fenômenos multidimensionais, realidades que são simultaneamente solidárias e conflitivas (como a própria democracia, que é o sistema que se nutre de antagonismos e que, simultaneamente, os regula), que respeite a diversidade, ao mesmo tempo em que a unidade, um pensamento organizador que conceba a relação recíproca entre todas as partes.

Diante disso pode-se entender que trabalhar em equipe, implica também o repensar de papéis, as formas de dialogar e de posicionar-se no mundo. Implica rever conceitos anteriormente instituídos e os próprios pensamentos e sentimentos sobre a possibilidade de ajustes e de

transformações diante de novas demandas e subjetividades que se apresentam, na medida em que uma equipe se constrói. Pensar em equipes de saúde exige deslocar os olhos somente dos indivíduos pra pensar também em políticas de trabalho e nas relações.

Fortuna (1999) identifica três concepções distintas sobre trabalho em equipe, cada uma delas destacando os resultados, as relações e a interdisciplinaridade. Nos estudos que ressaltam os resultados, a equipe é concebida como recurso para aumento da produtividade e da racionalização dos serviços. Os estudos que destacam as relações tomam como referência conceitos da psicologia, analisando as equipes principalmente com base nas relações interpessoais e nos processos psíquicos. Na vertente da interdisciplinaridade estão os trabalhos que trazem para discussão a articulação dos saberes e a divisão do trabalho, ou seja, a especialização do trabalho em saúde e este é o aspecto que nos interessa particularmente para esta pesquisa.

Assim, a interdisciplinaridade torna-se uma necessidade seja devido à complexidade de seu objeto ou como forma de relativizar e trabalhar as relações de poder implícitas na disciplinarização. O trabalho assim organizado superaria a inércia burocratizada dos serviços públicos de saúde e interviria na divisão vertical do processo de trabalho, considerada impeditiva da resolubilidade dos serviços. Para Peduzzi (2001) o trabalho em equipe nos serviços de saúde só se efetivará quando forem trabalhadas as relações de poder, que se expressam, também, por meio da disciplinarização desse campo.

De forma geral, nas formações de equipes de trabalho, levam-se em conta as especificidades disciplinares e principalmente no que se refere ao saber dominante em cada campo, as experiências de formação e a inserção profissional dos sujeitos, sem esquecer a interferência do mercado no processo considerando também as conexões e interfaces, entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional (MENESES E ROCHA, 2005).

Trabalhar em equipe de forma integrada implica na conexão de diferentes processos e modos de trabalho, implica o conhecimento do trabalho do outro e valorização da participação deste na produção de cuidados. Significa encontrar ou construir consensos em relação aos objetivos a serem alcançados pelos profissionais, bem como estabelecer os caminhos percorridos para alcançá-los. Significa também a utilização das interações entre os agentes envolvidos, com vistas ao entendimento e ao reconhecimento recíproco de autoridades de saberes e da autonomia técnica (RIBEIRO et. al. 2004).

Neste contexto destacam-se os estudos de uma pesquisa realizada no estado de Goiás com quatro equipes do programa saúde da Família onde se evidenciou que os profissionais representam o trabalho em equipe como a união dos integrantes na busca de um objetivo comum, mas o processo

de trabalho ocorre de forma parcelar, pois as funções se realizam de forma isolada ou compartilhada, mas não integrada. (KELL e SHIMIZU, 2010).

Importante observar como os diversos profissionais interagem entre si e se essa interação possibilita a construção de projeto de trabalho compartilhado pela maioria. Ao estudar o trabalho em equipe, é necessário conhecer como cada profissional entende o trabalho individual e coletivo, e identificar evidências de articulação das ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais. Com base nesses pressupostos, observou-se a experiência de trabalho de alguns profissionais que compõe a equipe da Serfis-Zoi, buscando compreender como acontecem as relações interpessoais, como entendem as questões referentes à interdisciplinaridade e de que maneira isso os afeta no cotidiano em serviço.

É preciso estabelecer a distinção entre interdisciplinaridade e multiprofissionalidade. De acordo com Peduzzi (1998) a interdisciplinaridade diz respeito à produção do conhecimento, com caráter epistemológico. Relaciona-se à integração de várias disciplinas e áreas do conhecimento. A multiprofissionalidade, por sua vez, diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais, ou seja, diferentes áreas atuando conjuntamente, no foco de interesse da investigação. O trabalho em equipe multiprofissional, segundo Peduzzi e Palma (1996) e Peduzzi (2001), consiste na modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação.

Para esta pesquisa, realizada em equipe multiprofissional, interessou saber a compreensão da equipe referente às questões da interdisciplinaridade, buscando, portanto, os aspectos ligados a formação e a construção do conhecimento durante o percurso profissional e de que maneira estas concepções afetariam o cotidiano em serviço.

Não existem formas absolutas de fazê-lo, ou seja, não existem protocolos, cartilhas ou determinações que explicitem de que maneira seria possível um trabalho interdisciplinar entre os profissionais. O que se espera é que este despertar para um trabalho seja tecido conjuntamente entre os mais distintos e complementares saberes e que ocorra, a partir do envolvimento e da ampliação de consciência e reflexão dos profissionais envolvidos na questão.

1.3 Interdisciplinaridade

Nos últimos tempos, seguindo um dos princípios do SUS, que é o de integralidade, as reflexões referentes à área da saúde apontam para importância de um olhar interdisciplinar em relação às ações que devem ser elaboradas e executadas para atender à população de forma integral enfatizando uma abordagem ampliada, diferente das práticas reducionistas associada à especialização exagerada e que têm se mostrado insuficientes para atender e entender plenamente as necessidades humanas. (FARANI, 2009).

Nessa perspectiva, a atuação interdisciplinar tem sido sugerida como um aspecto importante para o trabalho em saúde, sobretudo em relação a um atendimento de maior qualidade aos usuários dos serviços. O trabalho desenvolvido por equipes multiprofissionais com práticas interdisciplinares é bastante representativo na reestruturação do atendimento prestado nos serviços de saúde, uma vez que interfere diretamente e de forma positiva, no processo de saúde-doença da população atendida. Tal interferência resulta, principalmente, de práticas mais integradas e com maior envolvimento e comprometimento dos profissionais e usuários (COSTA, ENDERS, MENEZES, 2008).

Nos encontros com fins de cuidado e de transformação dos meios de trabalho e relações, torna-se preponderante a necessária produção de pensamento que esteja impregnado de implicação coletiva, de percepções do que está para além da disciplina e que ultrapasse as fronteiras das especialidades, pois diante da existência de uma tensão entre a fragmentação e a integração do processo de trabalho poderia se considerar que haveria riscos dos profissionais isolarem-se em seus núcleos de saber.

Para Loch-Neckel *et al.* (2009), tentar conceituar a interdisciplinaridade não é algo simples, devido às várias formas de interpretação que, a partir dela, podem se estabelecer e por se tratar de um tema complexo e amplo. Nas ações práticas, essa complexidade é, ainda, mais evidente quando se percebe que não há distinção coma multiprofissionalidade, o que acaba por converter ações tão distintas em práticas sinônimas. Talvez por isso, no cotidiano dos serviços presenciem-se muito mais encontros multidisciplinares, nos quais os profissionais permanecem com práticas individuais e distanciadas, do que trabalho interdisciplinar (MEIRELLES, 2005).

Thiesen (2008), afirma que de modo geral a literatura sobre o tema mostra que existe pelo menos uma posição consensual quanto ao sentido e a finalidade: a de que a interdisciplinaridade busca responder a necessidade de superação da visão fragmentada nos processos de produção e socialização do conhecimento.

De acordo com Fazenda (2001), a interdisciplinaridade começa a ter importância a partir da década de 60, no entanto é a partir de 70 que se começou uma busca por sua definição, mais adiante, nos anos 80 tentou-se a construção de um método para o trabalho interdisciplinar e a partir

de 90, os estudos eram voltados para a formatação de uma teoria da interdisciplinaridade. A interdisciplinaridade, como um movimento contemporâneo, emerge na perspectiva da dialogicidade e da integração das ciências e do conhecimento e segue tentando romper com o caráter de hiperespecialização e com a fragmentação dos saberes.

Tentar definir conceitualmente a interdisciplinaridade seria correr o risco de disciplinarizá-la, de acordo com o pensamento de Leis (2005, p. 7):

Na medida em que não existe uma definição única possível para esse conceito, senão muitas, tantas quantas sejam as experiências interdisciplinares em curso no campo do conhecimento, entendemos que se deva evitar procurar definições abstratas de interdisciplinaridade. Os conhecimentos disciplinares são paradigmáticos, mas não são assim os interdisciplinares. Portanto, a história da interdisciplinaridade confunde-se com a dinâmica viva do conhecimento.

O conceito de interdisciplinaridade se relaciona com outros termos: a disciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade. Japiassu (1976) conceitua disciplinaridade como área homogênea de estudo com fronteiras bem delimitadas e reforça que há uma relação de poder que subjaz a disciplinarização, colocando-a como forma de controle da produção do discurso. A disciplinarização cria, ilusoriamente, uma identidade que perpetua e reatualiza constantemente as regras. A multidisciplinaridade implica uma justaposição de diversas disciplinas não pressupondo, necessariamente um trabalho em equipe. Na multidisciplinaridade, bem como na pluridisciplinaridade, não se acordam conceitos e métodos. A segunda implica um nível maior de relação entre as disciplinas.

A interdisciplinaridade é compreendida pelo grau de integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os especialistas; desse processo interativo, todas as disciplinas devem sair enriquecidas. Não basta somente tomar de empréstimo elementos de outras disciplinas, mas comparar, julgar e incorporar esses elementos na produção de uma disciplina modificada. É um processo de contribuição qualitativa das especialidades, num esforço conjunto de reconstrução do conhecimento e reavaliação das práticas em saúde.

A transdisciplinaridade vai além não se restringindo às interações e às reciprocidades entre as disciplinas, uma vez que propõe a ausência de fronteiras entre elas. Para esta pesquisa, concentramos nossos estudos acerca da interdisciplinaridade e sobre esta Oliveira e outros (2011, p.32) afirmam que:

Trabalhar em equipe interdisciplinar é resgatar o processo de aprender a aprender e o de aprender a conviver. É um desafio para todos aqueles que se

sentem atraídos pela sua prática. Respeito, abertura para o outro, vontade de colaboração, cooperação, tolerância, diálogo, humildade e ousadia são aspectos indispensáveis para a concretização desse processo.

Silva (2006a) aponta que a interdisciplinaridade é encontrada na interação entre duas ou mais disciplinas, como método de pesquisa e de ensino promovendo a interação desde a simples comunicação das ideias até a integração mútua de conceitos, da epistemologia, da terminologia, dos procedimentos. Para Henz, (2013) enquanto o projeto disciplinar, com ênfase na formação em uma única área profissional, distingue, privilegia e consagra, em outra perspectiva, a formação interprofissional e mais ainda, quando os efeitos são transdisciplinares, recombina, engendra e agencia.

A interdisciplinaridade tem sido considerada um dos caminhos possíveis, através de uma mudança de comportamento, para se alcançar o desenvolvimento de um pensar que contemple a complexidade e todas as suas nuances. Um estudo bibliográfico realizado em 2003, por Vilela e Mendes já apontava que a interdisciplinaridade é considerada por diversos autores como alternativa para se alcançar o desenvolvimento de um pensamento que responda pela complexidade que caracteriza o mundo, com seus desafios e entre eles, encontram-se os problemas de saúde considerada uma área eminentemente interdisciplinar.

Fazenda (2002, p.11) afirma que a interdisciplinaridade é uma nova atitude diante da questão do conhecimento, de abertura à compreensão de aspectos ocultos do ato de aprender e dos aparentemente expressos, colocando-os em questão; exige, portanto, na prática uma profunda imersão no trabalho cotidiano. Parece entender que a ação interdisciplinar é contrária a qualquer homogeneização ou enquadramento conceitual fazendo-se necessário o desmantelamento das fronteiras do conhecimento.

Sobre colocar em questão o conhecimento, Rios (1995, p.128) afirma que “questionar criticamente não implicaria necessariamente provocar mudanças ou desejá-las”. A pergunta crítica procura clarear, ampliar, aprofundar o objeto que se esta enfocando e faz isso no sentido de verificar o sentido desse objeto. Para esta autora, quando olhamos com profundidade e abrangência é possível muitas vezes constar a procedência, a correção e a consistência de algumas práticas.

Neste sentido parece existir uma necessidade de ir ao encontro do outro no que diz respeito aos cuidados em saúde, mas, sobretudo de ir ao encontro de si mesmo num movimento reflexivo referente às próprias escolhas e construções e de percepções sobre a própria subjetividade e que provoque questionamentos como elemento fundamental, pois nas relações interdisciplinares existem

aspectos de reciprocidade que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante do problema do conhecimento.

Ainda sobre o aspecto do conhecimento e de mudança de comportamento para uma prática interdisciplinar, Rios (1995) enfatiza que a interdisciplinaridade frequentemente é tomada como uma mistura de saberes, uma soma de abordagens com a tentativa de ampliação do conhecimento e este é o desafio maior que se coloca ao homem em relação aos outros na trajetória da vida uma vez que para ampliar este conhecimento ele aciona os instrumentos de que dispõe: seus sentimentos, sua razão, sua imaginação. Por outro lado, também se submete às condições que não foram criadas por ele, mas que o determinam de alguma forma.

Para esta autora adotar um comportamento interdisciplinar por meio da ampliação do conhecimento parece estar associado a uma busca sobre os próprios recursos subjetivos, e que estão diretamente articulados com as questões sócio culturais, no entanto isto não acontece de forma isolada senão dentro de um coletivo e sua complexidade.

Diante da urgência do cotidiano em saúde e da diversidade implícita em uma equipe multiprofissional, outros fatores parecem estar presentes quando pensamos em realizar uma prática fundamentada na interdisciplinaridade e que passa pelos caminhos da definição sobre o que seria um trabalho interdisciplinar.

Neste contexto destacam-se os estudos realizados com equipe multiprofissional em dois centros de saúde, em Contagem, Minas Gerais em que os profissionais avaliam que o objeto da saúde só pode ser abordado em um trabalho coletivo, mas ainda existem vários fatores que dificultam sua efetivação. Enfatizam a importância da interdisciplinaridade para o trabalho em saúde, mas apontam dificuldades em defini-la sendo vista como encaminhamento de pacientes de um profissional para outro, como trabalho em equipe e como integração entre os profissionais. (COSTA, 2007, p. 120).

Essa dificuldade em conceituá-la gera distorções na prática das atividades, no entanto ainda que existam imprecisões a respeito do uso das terminologias no campo da saúde em que se observam em textos e discursos ora a utilização dos prefixos multi, inter, trans, ora o sufixo profissional ou disciplinar, Iribarry, 2003 e Ceccim, 2005, concordam sobre a importância de não desviar o foco da questão central que é a constituição de equipes de trabalho.

Furtado (2007) refere-se à multidisciplinaridade, à pluridisciplinaridade, à interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade dizendo que sempre há um grau de interação entre as disciplinas e o que varia é a intensidade desse intercâmbio. Para ele, a multidisciplinaridade é caracterizada pela justaposição de várias disciplinas em torno de um mesmo problema, sem

contudo, estabelecer uma relação entre os profissionais. Na pluridisciplinaridade há um efetivo relacionamento das disciplinas com a noção de complementaridade pautada na idéia de que uma disciplina deve preencher as lacunas da outra.

De acordo com esse autor, a interdisciplinaridade representa um grau mais avançado de relação entre as disciplinas, com relações menos verticalizadas, operando sobre conceitos comuns, não havendo a justaposição ou a complementaridade, mas sim uma nova forma de estabelecimento de canais de troca entre os campos em torno de um trabalho a ser realizado conjuntamente. Sobre a transdisciplinaridade, o autor nos esclarece que é um termo criado por Jean Piaget em 1970 (p.242) para definir que “a interdisciplinaridade deveria suceder a uma etapa superior onde não houvesse fronteiras entre as disciplinas”.

Nesta mesma direção Tavares, Matos e Gonçalves (2005), afirmam que um grupo interdisciplinar constitui-se pela reciprocidade e enriquecimento entre os envolvidos. De outra forma, na multidisciplinaridade, duas ou mais áreas de conhecimento se unem com o intuito de examinar determinado tema, contudo, cada uma da óptica da sua disciplina, não havendo, desse modo, relações técnicas e científicas entre os profissionais. Para Loch-Neckel *et al.* (2009), na multidisciplinaridade existe a manutenção das práticas profissionais individuais, o que, por si mesmo, já se distancia do trabalho interdisciplinar.

Os termos multidisciplinaridade e interdisciplinaridade quando utilizados na área da saúde geralmente se confundem no fazer cotidiano porque devemos considerar que sob o aspecto das relações humanas existe uma dinâmica que não é estática e que, portanto, se transforma na medida dos acontecimentos. Sendo assim, a utilização dos termos pode vir associada para qualificar a equipe ou mesmo para nomear o tipo de atendimento e cuidado despendido aos usuários dos serviços como uma possibilidade de enfrentamento do modelo hegemônico na saúde.

Os problemas da vida real não podem ser respondidos pela fragmentação do conhecimento. A interdisciplinaridade tem a intenção de superar a visão fragmentada nos processos de produção e socialização dos saberes, mas isso não significa equalizar os conhecimentos, significa compreender que a contribuição de cada profissional favorece o entendimento, sem desconsiderar as particularidades de cada profissão e a contribuição que cada um dos sujeitos profissionais é capaz de oferecer.

Neste sentido Japiassu (1976) esclarece que a interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto.

Minayo (1991) avalia que interdisciplinaridade na saúde só pode ser construída a partir de uma visão sócio-filosófica que faça crítica a fragmentação e a visão funcionalista tradicional, mas que também consiga criar uma proposta epistemológica com axiomas comuns a um conjunto de disciplinas. Para ela a perspectiva interdisciplinar é viável:

Partindo da criação de um paradigma mais abrangente que supere a dominação do modelo bio-médico e as concepções reducionistas das ciências sociais, o âmbito científico da saúde tem a seu favor sua ligação direta e estratégica com o mundo vivido, o mundo do sofrimento, da dor e da morte com o qual é chamado a se confrontar diariamente. Esse apelo do serviço e da política social traz a área da saúde para a arena inquestionável da vida. E é no diálogo com esse radicalmente humano que está o seu escudo para o salto qualitativo interdisciplinar (p. 76).

Trabalhar em equipe implica relacionar-se, dialogar na busca de sentido. Implica identificar a dinâmica subjacente àquele espaço-tempo e deste lugar tentar viabilizar uma possibilidade de trabalho que esteja pautado ora na “multi”, na “pluri”, na “inter” ou por vezes na “transdisciplinaridade”, pois os sujeitos que ali estão na impermanência pertinente à vida não poderiam e talvez nenhum de nós possa manter-se sempre o mesmo e respondendo da mesma maneira diante dos desafios cotidianos e dos encontros que se fazem apesar das muitas imprecisões referentes ao uso da terminologia.

Acredita-se que a possibilidade de revisitar e problematizar a própria trajetória poderia interferir positiva e diretamente no reconhecimento da necessidade de um trabalho efetivamente interdisciplinar nas práticas em saúde e uma ampliação na percepção dos profissionais e que este feito poderá contribuir para a compreensão de como as subjetividades destes profissionais foram e são construídas no cotidiano em serviço.

Diante do exposto, justifica-se o desejo de conhecer e estudar a equipe multiprofissional da Serfis-Zoi, por meio de uma intervenção afetuosa, de escuta, de problematização construtiva, da busca coletiva de soluções no intuito absoluto de promover saúde a partir do reconhecimento de si mesmo, dos próprios percursos, reconhecimento do outro e de suas histórias e de um trabalho coletivo e interdisciplinar em seu conceito mais humano, buscando, sobretudo qualidade de vida em suas práxis.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar de que maneira os profissionais de distintas áreas de uma unidade de reabilitação e Fisioterapia entendem na sua prática as questões relacionadas à interdisciplinaridade.

2.2 Específico

- Caracterizar a trajetória profissional dos integrantes da equipe de cuidados.
- Identificar as concepções dos profissionais sobre interdisciplinaridade em saúde.

3. MÉTODO

3.1 Delineamento Metodológico

Estudo de natureza qualitativa de caráter descritivo e prospectivo.

3.2 Participantes

Participou desta pesquisa um total de 10 profissionais da equipe técnica da SERFIS-ZOI: Uma enfermeira, um médico, um assistente social, dois psicólogos, dois terapeutas ocupacionais, dois fisioterapeutas e um fonoaudiólogo que aceitaram, assinaram e rubricaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o TCLE (Apêndice B).

Crítérios de inclusão:

- Ser profissional da equipe da SERFIS-ZOI.
- Aceitar participar do grupo focal.
- Trabalhar na SERFIS-ZOI há pelo menos dois anos.
- Tempo de formação no mínimo de cinco anos.

Crítérios de não-inclusão:

- Profissionais de outras áreas.
- Estagiários e Residentes.
- Formados há menos de cinco anos.
- Trabalhar na Serfis há menos de dois anos.

3.3 Contexto da Pesquisa

A seção de recuperação e fisioterapia da zona da orla/ intermediária, a SERFIS-ZOI, que em seu formato organizacional é constituída por diversas áreas do conhecimento, até mesmo pela pluralidade e complexidade de seus atendimentos é uma unidade de referência no tratamento das pessoas vítimas de traumas ou doenças músculo esquelética, neurológica e reumática e conta com cinco programas: Atenção multidisciplinar em reabilitação ambulatorial, de Fisioterapia Domiciliar, Reabilitação do Hemofílico, Atenção à pessoa com deficiência e órtese e prótese. Desenvolve atendimentos multidisciplinares com fisioterapia, psicologia em reabilitação, terapia ocupacional, fonoaudiologia, serviço social, além de enfermeiro e médicos.

No período desta pesquisa, contava com aproximadamente 50 profissionais entre os quais, 19 fisioterapeutas, 5 psicólogos, 2 terapeutas ocupacionais, 2 assistentes sociais, 2 fonoaudiólogas, 1 enfermeira, 3 médicos e os demais profissionais de áreas administrativas, serviços gerais e acompanhantes terapêuticos. Vale ressaltar que este número de profissionais contemplava o quadro da equipe que faria parte da Serfis da Zona Noroeste inaugurada somente após o fim desta pesquisa. A unidade conta também com o atendimento realizado por alunos de Fisioterapia das universidades UNIP e da UNIFESP sob supervisão de professores, em caráter de parceria entre as universidades e a prefeitura.

Os pacientes são encaminhados para tratamento por meio das unidades básicas de saúde, pelo AMBESP - Ambulatório de Especialidades e pelo hospital Guilherme Álvaro, no caso de hemofílicos. Outro serviço que é oferecido na unidade é o trabalho voltado à habilitação profissional de pessoas com deficiência física, intelectual, auditiva e visual que conta atualmente com 40 participantes e que segundo a chefia da seção, tem o objetivo de despertar para a vida e para isso também os familiares são orientados.

Dentro do organograma da Prefeitura Municipal de Santos, a SERFIS-ZOI faz parte da Coordenadoria de Unidades Especializadas, a COUNES ligada ao DEAES - Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Saúde.

De acordo com matéria publica no Diário Oficial da cidade Santos, em 03 de Dezembro de 2015, com dados fornecidos pela própria unidade o número de atendimentos e procedimentos na unidade entre os anos de 2014 e 2015 correspondem à:

Assistência Social	1.462
Cardiologia	1.150
Enfermagem	359
Fisioterapia	77.372
Fonoaudiologia	1.615
Neurologia	1.106
Ortopedia	855
Psicologia	5.667
Terapia Ocupacional	4.550

Quadro 1 – atendimentos oferecidos pelo SERFIS-ZOI entre os anos de 2014 e 2015 por especialidade.

Quanto ao espaço físico, a unidade funciona na Avenida Conselheiro Nébias em Santos. Neste mesmo espaço funcionam a Casa da Visão, o Conselho Municipal de Saúde, o Conselho da Pessoa com Deficiência, o Rotary, parte da SENUTRI - seção de nutrição e ainda parte da SEZEL - Seção de Zeladoria na parte dos fundos do prédio.

O espaço do térreo é onde funciona a recepção, a sala de espera, o ginásio de atendimento em sua maioria de fisioterapia com poucas cabines para atendimento privado. Os consultórios para atendimentos individuais e em grupos. A sala de terapia ocupacional é um local de passagem entre o ginásio e os consultórios de atendimento de medicina, serviço social, psicologia e enfermagem. No entanto, a maioria das salas da Serfis são compartilhadas.

No andar de cima, está o administrativo, a oficina de habilitação com sala para atividades e outras salas de atendimento, por vezes ocupada pelas universidades que atuam na unidade. Há ainda um espaço delimitado onde antes funcionava uma oficina de reabilitação com atividades da vida prática, com equipe própria e multiprofissional e que foi desativada.

3.4 Procedimentos

3.4.1 Procedimentos para a escolha dos participantes

Após consentimento por parte da Secretária de Saúde, e estando o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, atendendo ao estabelecido na Resolução nº 466/12 sob o número 1.508.467 foram realizadas visitas a unidade em questão e na medida em que a pesquisadora encontrava os profissionais das diferentes áreas, em uma conversa informal explicava a intenção da pesquisa e sugeria o preenchimento de um questionário para caracterização individual com a intenção de identificar quais profissionais se adequavam aos critérios de inclusão. Identificados os profissionais de cada categoria, foram explicados os objetivos da pesquisa e realizado o convite para participação no grupo focal. Mediante o aceite, criou-se o primeiro grupo com cinco profissionais e estabeleceu-se dia e horário da primeira reunião que foi informada e confirmada por e-mail e telefone.

3.4.2 Procedimentos para a escolha do instrumento a ser utilizado.

Grupo Focal

Parte-se do reconhecimento dos grupos focais como um elemento para a compreensão dos textos e dos contextos mais amplos, diferenciados e mais complexos; da experiência das pessoas e o modo específico como elas fazem a construção e constituição de suas vivências.

Realizou-se a coleta dos dados por meio de quatro grupos focais com a equipe multiprofissional da SERFIS-ZOI, pois se entende que esta técnica possibilita reunir pessoas com alguma característica ou experiência comum para discussão e reflexão e também observar e registrar diferentes opiniões, atitudes sentimentos e pensamentos expressos verbalmente ou não.

Por meio dos encontros, foi possível observar a formação de ideias por parte dos integrantes, a interpretação de crenças, valores, conceitos, conflitos, confrontos e pontos de vista e também o entendimento em relação ao tema, no cotidiano, neste caso a interdisciplinaridade e a construção da subjetividade nas relações de cuidados em saúde (RESSEL, et.al., 2008).

Além disso, os encontros com objetivos de diálogos coletivos a partir de determinadas temáticas tornam possível uma reflexão sobre si mesmo e favorece uma maior compreensão sobre as concepções construídas até então sobre o mundo que habita, as relações que se estabelecem e o espaço que ocupa como pessoa e profissional dos serviços de saúde.

Contar a própria história representa revisitar-se, olhar novamente para quem se é e observar os caminhos trilhados e as resultantes das escolhas estabelecidas e experienciadas ao longo da jornada.

3.4.3 Procedimento para coleta de dados

A coleta dos dados aconteceu em dois momentos: primeiro foi aplicado um questionário individual sem fins quantitativos para caracterização dos profissionais (Apêndice A) e num segundo momento, quatro encontros de Grupos Focais (GF), sendo dois com a equipe da manhã e dois com a equipe da tarde com duração de 1 hora e 30 min. a 2 horas cada encontro. Essa divisão aconteceu porque a equipe tem horários distintos e porque diferentes especialidades trabalham em diferentes horários. Os quatro encontros foram realizados entre Agosto e Setembro de 2015 em dia e hora combinados com a equipe, na própria unidade em sala privada e preparada antecipadamente com mesas, cadeiras, material gráfico, café, chocolate e biscoitos para todos os encontros.

Os dois primeiros grupos aconteceram com a equipe da tarde com cinco profissionais das áreas de Fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e medicina, sendo que no segundo encontro deste primeiro grupo houve a desistência do profissional de Fonoaudiologia

alegando que não teria mais tempo para participar. Os outros dois, aconteceram com a equipe da manhã composta por: assistente social, enfermeira, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e psicólogo.

O registro foi feito por meio de gravações de áudio e vídeo, autorizados pelos participantes e também por anotações de uma observadora. O papel da observadora teve grande importância, principalmente para as análises posteriores, pois seus registros permitiram a esta pesquisadora, avaliar os dados que surgiram, a partir das gravações, de suas percepções, mas também das anotações de comportamentos e posturas dos participantes tais como; cansaço, demonstrações de aparente irritabilidade, dispersão e outros.

A observadora foi convidada a partir de alguns critérios estabelecidos pela pesquisadora tendo como cuidado que esta fosse uma pessoa sem qualquer vínculo com a unidade, com a equipe ou ainda com a gestão. Outro critério foi o fato de ser esta uma aluna do Mestrado Profissional tentando garantir, portanto, o conhecimento das etapas de uma pesquisa, bem como dos processos para coleta de dados e o sigilo.

Importante destacar que apesar desta pesquisadora ser Psicóloga, com experiência em atendimento em consultório em caráter terapêutico, manteve-se o cuidado da não interpretação das falas durante a realização dos grupos. Além disso, na data das reuniões, esta pesquisadora já não mais trabalhava naquele local o que permitiu um contato acolhedor pelo conhecimento prévio da equipe devido ao convívio de quase um ano naquele espaço, mas ao mesmo tempo o distanciamento necessário para o andamento da pesquisa.

No primeiro encontro com os dois grupos foi utilizado o vídeo “The Last Knit” - O último tricô, de Laura Neuvonen, como disparador para os diálogos com o objetivo de favorecer a reflexão sobre a importância da subjetividade e dos comportamentos no âmbito do trabalho bem como uma revisita e conseqüentemente um repensar sobre a própria história. O vídeo em questão é um curta de animação que gira em torno de uma senhora que tricota ininterruptamente até o momento em que o próprio tricô a leva por outros caminhos provocando uma transformação na ação repetitiva e cotidiana. Dos dez participantes, apenas uma já conhecia o vídeo em questão.

Este vídeo gerou diálogos bastante pertinentes e segundo nossas percepções foi algo que mobilizou os participantes no que diz respeito às próprias histórias e as memórias de vivências em serviço. Tanto que reverberou durante todo o encontro como poderá ser observado nas falas dos profissionais durante quase todo o registro.

Questões disparadoras sobre a trajetória profissional auxiliaram este processo: Como chegou a Serfis? Onde sua história começa? Conte um pouco de sua formação e inserção neste serviço, como foi? Conte sobre sua formação: do sonho da formação ao cotidiano do trabalho hoje.

Enquanto relatavam individualmente suas histórias, foi sugerido que criassem dobras, vincos, em folhas de sulfite que estavam à disposição e que simbolizariam as marcas de suas trajetórias e que nestas dobras, nestes espaços eles pudessem representar por meio de cores, palavras, desenhos ou símbolos as lembranças de suas vidas. Esse trabalho sugere um reencontro consigo mesmo, um repensar a própria trajetória e conseqüentemente as subjetividades implicadas neste processo. (Anexo 3).

O uso de recursos lúdicos e técnicas utilizadas no transcorrer dos encontros tinham a intenção de favorecer a expressão dos participantes por meio de outras possibilidades que não somente a fala, considerando que a ludicidade das atividades poderia amenizar a angústia que supostamente ocorreria diante das questões que foram realizadas. Não se considerou a possibilidade de interpretações ou avaliações a partir das atividades.

Após relatos individuais e a partilha, criaram um desenho coletivo sobre a questão da interdisciplinaridade a partir de suas marcas profissionais e pessoais, (Anexo 4) como um meio de criar articulação com o próximo encontro. No segundo encontro, resgatou-se o desenho como objeto disparador e também as seguintes questões: Falava-se em interdisciplinaridade quando você se formou? De que maneira? Você consegue observar uma prática interdisciplinar no seu cotidiano em serviço? Como? Relate um momento, uma cena do trabalho que você considerou que foi um atendimento interdisciplinar. Quais as três palavras que surgem ao pensar em interdisciplinaridade?

Pensando sobre a produção e reconhecimento da existência de subjetividade foi observado nestes encontros: como eles percebem a interdisciplinaridade instalada ou não na sua práxis e no cotidiano da unidade, quais foram os caminhos escolhidos até o momento presente, relatos sobre a formação, a continuidade da formação, os rompimentos, evoluções e outros conteúdos que surgiram.

Vale a observação de que existia uma preocupação por uma parte da equipe em todos os encontros de que fosse garantida a preservação de suas falas e opiniões o que faz pensar sobre as reais possibilidades ou não de manifestações verbais dentro dos espaços institucionais que não causem certo desconforto ou receio de uma possível punição. Firmaram-se mais uma vez o compromisso ético desta pesquisadora e da observadora junto àquela equipe sobre o sigilo da pesquisa.

Um trabalho que reconheça o ser humano como um indivíduo integral e pertencente a um contexto sócio histórico tem proposta de resgatar conceitos éticos e valores humanos que possibilitem a transformação pessoal e conseqüentemente a transformação do coletivo por meio das percepções-ações daqueles que já reconheceram a necessidade da mudança e diferente de outros tempos acredita-se que a voz dos trabalhadores deva reverberar e no instante em que se reúnem a possibilidade da palavra surgir se torna quase inevitável: “(...) palavra solidária e criativa, aquela que não é nem finge ser neutra, a voz humana que não é eco nem soa só por soar.” (GALEANO 2002, p. 134).

Desta forma, entende-se que o espaço de fala, numa coletividade pode dar o suporte necessário para a partilha de anseios, angústias, histórias e encontro de humanidades, que aproxima ou distancia, mas que de certa maneira provoca alguma mobilização interna frente aos questionamentos que se apresentam ao longo do percurso.

O Procedimento para análise dos dados se faz de forma qualitativa, pois sua utilização é indispensável quando os temas pesquisados demandam um estudo fundamentalmente interpretativo.

3.4.4 Procedimento para análise dos dados

Após cada encontro com os participantes da pesquisa, todo material produzido era revisto: as cenas, os relatos, numa tentativa de sentir e extrair dali os principais pontos que emergiam dos profissionais. A partir disto, realizaram-se as transcrições e foram sendo destacadas as falas mais significativas, tarefa esta que foi um verdadeiro desafio, pois não é simples analisar o que da história do outro é mais ou menos importante porque como nos lembra Saramago (1986, p.193) “cada um de nós sabe infinitamente mais do que julga e cada um dos outros infinitamente mais do que neles aceitamos reconhecer”, portanto, no que tange a questão humana e a história de cada um, entende-se que cada trecho tem sua importância.

Os registros áudio visuais dos grupos focais foram transcritos pela própria pesquisadora e após a transcrição utilizou-se a modalidade análise de conteúdo denominada análise temática que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e pretende ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados ou ainda compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas (BARDIN 2011; MINAYO 2014).

Para Minayo (2001, p.74), a análise de conteúdo constitui-se na análise de informações sobre o comportamento humano, possibilitando uma aplicação bastante variada, e tem duas funções: verificação de hipóteses e/ou questões e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos. Desta forma, sugere que esta técnica se organize em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação, etapas estas no qual a análise dos dados qualitativos desta pesquisa está embasado.

1 - Pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de sistematizar as ideias iniciais. É neste momento que são retomados os objetivos da pesquisa e a sua hipótese.

2 - A exploração do material que consiste em uma etapa classificatória em que o pesquisador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado.

3 - Tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados; ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2011).

Após exaustiva leitura e exploração de todo material, alguns temas se apresentaram de maneira repetida o que originou inicialmente em quatro categorias que se desdobraram em 20 subcategorias. Após reorganização dos dados os resultados foram determinados em 3 categorias e 10 subcategorias.

Sendo essa uma pesquisa absolutamente qualitativa, parte-se do entendimento de Minayo (2012) ao afirmar que o verbo da análise qualitativa é compreender e que compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro. Mais do que isso, para ela toda compreensão é parcial e inacabada tanto das pessoas que participam da pesquisa quanto do próprio pesquisador que tem em si a limitação humana sobre o que compreende e interpreta.

Este é um dos desafios ao se analisar os dados de uma pesquisa, pois a interpretação dos dados vai além deste e passa por aquilo que foi vivido e sentido no campo, das percepções e até mesmo das intuições. Passa pela subjetividade dos sujeitos e do próprio pesquisador uma vez que “a interpretação nunca será a última palavra sobre o objeto estudado, pois o sentido de uma mensagem ou de uma realidade está sempre aberto em várias direções” (MINAYO, 2012, p. 625).

Muitas direções se fizeram ao longo dos encontros, algumas aqui contempladas, outras, no entanto, escapavam ao escopo deste trabalho por uma limitação temporal ou humana.

Inicialmente foram realizadas diversas leituras das transcrições com a intenção de identificar as principais ideias e conceitos que surgiram bem como reconhecer na fala dos participantes e no seu comportamento, observado por meio do vídeo e de registro do observador, as concepções acerca das temáticas centrais retomando, portanto, os objetivos e a hipótese determinados no início da pesquisa.

A respeito desta etapa da análise, Campos (2004, p.613), afirma que:

Nesta fase a utilização de uma leitura menos aderente, promove uma melhor assimilação do material e elaborações mentais que forneceram indícios iniciais no caminho a uma apresentação mais sistematizada dos dados. Essas leituras iniciais promovem uma visão “descolada”, a qual permite ao pesquisador transcender a mensagem explícita e de uma forma menos estruturada já conseguir visualizar mesmo que primariamente, pistas e indícios não óbvios.

Considerou-se a metodologia qualitativa, numa perspectiva histórica e social por ser esta pertinente ao campo da subjetividade e do simbolismo. Segundo Minayo (2014, p.57):

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Por meio da pesquisa qualitativa é possível perceber os motivos que dão sentido a determinadas ações e relações. Sua utilização é indispensável quando os temas pesquisados demandam um estudo fundamentalmente interpretativo por ser “capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, as relações e às estruturas sociais” (MINAYO. 2014 p.22).

No sentido de entender os fenômenos relacionais e principalmente na busca de sentido para compreender as subjetividades construídas em determinadas instâncias é Minayo (2012, p.623) ainda quem nos elucida ao afirmar que:

Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere.

Desta forma, a proposta desta pesquisa está pautada na busca da compreensão das histórias construídas ao longo do tempo pelos profissionais em tela bem como na forma como tais histórias puderam ser articuladas com as perspectivas de uma rede de cuidados interdisciplinar.

Pode-se afirmar que houve riscos mínimos para os envolvidos e os benefícios poderiam ocorrer em campo subjetivo no que diz respeito a favorecer possíveis reflexões ou transformações sobre a prática cotidiana bem como ampliação da compreensão referente à implicação de cada um dos envolvidos para a identidade da unidade em questão.

Manteve-se o sigilo quanto à identidade dos profissionais envolvidos na pesquisa e para tanto se optou em substituir o nome de identificação, por nomes de Deuses e Deusas da Mitologia Grega.

Foram identificados alguns núcleos que possibilitaram o agrupamento dos diálogos em aproximadamente três categorias e dez subcategorias levando-se em consideração os objetivos da pesquisa, conforme apresentado no quadro 2 a seguir:

Categorias		Subcategorias
1. CONSTRUÇÃO DE SUBJETIVIDADE	1.1	Da formação interdisciplinar (ou não) ao momento atual: as marcas do caminho
	1.2	O fazer profissional e a solidão
	1.3	Automatismo e Repetição
2. PROCESSOS DE TRABALHO	2.1	Relação equipe x gestão: percepções de organização e cuidados
	2.2	Serviço Público: da infraestrutura a produção em saúde
	2.3	Uma tentativa de criar espaços de diálogo
3. INTERDISCIPLINARIDADE	3.1	Olhares interdisciplinares: muito além do conceito.
	3.2	Multi ou Inter: Que atendimento fazemos?
	3.3	Trabalho em Equipe
	3.4	Diálogos necessários

Quadro 2 - categorias e subcategorias

4. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, atendendo ao estabelecido na Resolução nº 466/12 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, recebendo aprovação nº 1.508.467.

Todos os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa e sobre o conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), esclareceu-se que poderiam desistir ou retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para eles e tiveram a garantia do sigilo por esta pesquisadora bem como pela observadora.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A premissa desta pesquisa diz respeito a compreender a concepção da interdisciplinaridade por parte da equipe da Serfis-Zoi e de que maneira este entendimento é concebido na prática de cuidados, no entanto os resultados mostram que existe um panorama muito maior do que aquele que se colocava na hipótese. Há outras interferências, um universo muito mais amplo se apresenta na medida em que se apresentam as falas apontadas nas categorias e que demonstram outras dificuldades para a construção de uma atitude interdisciplinar que ultrapassa o reconhecimento por parte dos profissionais sobre a necessidade desta prática.

As respostas dadas pelos participantes aos questionamentos realizados durante os encontros do grupo focal, bem como as falas trazidas pelos próprios profissionais pertinentes ao vídeo exposto ou ainda às atividades de apoio realizadas durante a coleta, evidenciaram algumas temáticas que se repetiram e que surgiam de forma mais contundente gerando três categorias principais para análise, que foram organizados em:

1. Construção de Subjetividade
2. Processos de Trabalho
3. Interdisciplinaridade

Ressalta-se que estes temas surgiram a partir dos objetivos e da hipótese deste estudo, mas também do discurso trazido pela equipe durante os encontros e que se desdobraram em dez subcategorias apresentadas a seguir.

Antes, porém, cabe lembrar que para os encontros foram utilizados alguns recursos visuais e gráficos como dispositivos para as discussões/reflexões sobre o tema central desta pesquisa que é a interdisciplinaridade, sendo assim, o leitor encontrará em alguns momentos nas falas da equipe alguma referência ao vídeo “O último tricot”, em que utilizam algumas cenas ou o seu conteúdo de forma simbólica e ilustrativa para endossar o seu discurso.

1. Construção de Subjetividade

A questão da subjetividade é entendida aqui como sendo um modo próprio e específico de ser e atuar no mundo e em relação com os demais considerando que a subjetividade é dinâmica, muda de

acordo com as experiências de cada um, é afetada pelos valores e cultura que a pessoa vai internalizando ao longo da vida e do tempo produzida socialmente e inacabada. A história e as experiências de vida, as relações com grupos ou indivíduos disparam mudanças no jeito de ser e agir de cada um, o que chamamos de “processos de subjetivações” que vão mudando as pessoas, ou seja, produzindo novas subjetividades (BRASIL, 2005).

Dentro desta categoria foram encontradas três subcategorias: “da formação interdisciplinar (ou não) ao momento atual: as marcas do caminho”, “o fazer profissional e a solidão”, “Automatismo e repetição”.

1.1 Da formação interdisciplinar (ou não) ao momento atual: as marcas do caminho.

Os aspectos subjetivos que constituem a personalidade dos sujeitos são decorrentes de sistemas de relações e de múltiplas experiências que devem ter um sentido fundamental e para Minayo (2012) o sentido da experiência é a compreensão e para compreender é preciso considerar a singularidade do indivíduo.

Desta maneira nos relatos da equipe da Serfis-Zoi o que se observa é que as experiências vivenciadas na busca da formação profissional ou mesmo as vivenciadas em serviço constituem um fator importante na construção de suas identidades e para tentar compreender a concepção da equipe sobre os aspectos da interdisciplinaridade percorremos junto com eles os caminhos que trilharam para chegar até a Serfis-Zoi e este percurso inicia-se a partir da formação, ou da busca inicial pela especialidade.

Entende-se que a construção do conhecimento é processual e ultrapassa a formação técnico-acadêmica e que a compreensão ou mesmo a atuação de forma interdisciplinar corresponde a um saber que vem articulado com a história das pessoas, dos encontros e das necessidades que se fizeram ao longo da trajetória. Isso implica, portanto, reconhecê-los como “sujeitos históricos, marcados por uma cultura, criadores de ideias e consciência e que, ao produzirem e reproduzirem a realidade social são ao mesmo tempo, produzidos e afetados por ela.” (SILVA, 2006b p.33).

Durante o primeiro encontro utilizou-se o recurso de folhas de papel em branco e material gráfico e foi solicitado aos participantes que realizassem dobras em seus papéis a partir da lembrança de alguma marca importante em sua trajetória. Também poderiam destacar com algum desenho, cor ou símbolo e, portanto, será possível identificar em algumas falas, uma referência a esta atividade. (Anexo 3).

De maneira geral a escolha da profissão ainda em tempos de ingresso na universidade é um dos aspectos destacados como sendo importantes também na vida pessoal e que carregam consigo as marcas dos sonhos e das expectativas futuras quanto ao que iria ser realizado como vemos nas falas a seguir:

(...) no início um caldeirão... um caldeirão de ideais, de vivências de expectativas, eu decidi fazer Psicologia ainda no segundo grau e aí com o tempo foi e entrei na faculdade cheia de sonhos por isso tudo rosinha, assim uma coisa de fadinha e nossa! Vou resolver todos os problemas do mundo. Depois eu estudei na época da ditadura e aí foi bem... Eu tive professores que nos levavam a fazer uma reflexão política, fiz parte de movimento estudantil tive o meu nome no DOI-CODI... Aquela coisa toda lá né? Que eu botei como preto que foi uma fase de muita decepção e de muita luta também. (...) Depois vem a coisa do sol de que é: "vou me formar"... heeeeeeeee!!! Vou arrumar um emprego e consegui. Fiquei um tempo sem trabalhar, fazendo outras coisas... Depois que eu já tinha passado por trabalhos mais pesados. Vocês sabem que eu passei pela SEAC (antiga sigla para a secretaria de Assistência social, hoje SEAS) pelo NAPS, então quando eu vim pra cá eu estou né? E... Eu ainda tenho... Esperança né? Com o verde... (levanta sua folha e mostra para todos)... (solta uma gargalhada). (Hera)

Então assim... Eu acho que na faculdade era muita esperança, então assim eu botei um sorriso de ponta a ponta que quando eu fechava os olhos na faculdade era pra sonhar né? E o sorriso de ponta a ponta depois no meio do caminho eu comecei a ficar é ...com os lábios nivelados que nem o horizonte ...falei...hum...acho que o bicho vai pegar e pegou várias vezes(...) o cansaço, o não retorno de toda a situação que a gente vive dá essa sensação de impotência e isso é comum pra todo mundo e pra mim não é diferente e então agora eu me vejo assim né? Agora um olho aberto e um olho fechado. O olho fechado que eram os dois quando eu fiz a faculdade era pra sonhar né? Agora não, é um olho fechado porque eu falo não quero nem ver, não quero nem ver isso, faz de conta que eu nem to vendo porque assim...chega!!! E o olho aberto é tentando sobreviver. (Ártemis).

Quando a gente começou a formação a gente vai se desenvolvendo né, os ideais, vontade de mudança, expectativa e que as conseqüências do nosso trabalho sejam transformações né?(...) foi engraçado que nos primeiros dois anos de formação as pessoas me perguntavam assim o que um assistente social faz né? Eu não sabia responder e eu tava no segundo ano já, mas conversando com meus amigos, eles também. É que na época todo mundo ficava com vergonha de falar que não sabia, então assim, depois eu fui conversando...é tipo...com eles né...e ...as pessoas falam é muita teoria...muita teoria, análise...saber ler a realidade..tá tudo bem ...a gente sabe, mas..como a gente consegue ter essa leitura. Como fazer? Isso faltou demais na faculdade, a parte prática no caso né? (Hermes)

Estas falas parecem ir ao encontro das ideias de Franco (2007) quando diz que a subjetividade se estrutura nuclearmente no desejo e que é uma energia que impulsiona o agir sobre o mundo, que se forma nos processos primários e é seu principal elemento. A mudança nesse núcleo é o que se chama de processo de subjetivação, capaz de alterar a intencionalidade sob a qual as pessoas atuam sobre o mundo e desta maneira o desejo inicial, pela escolha da profissão traz consigo uma subjetividade implícita nesta escolha junto talvez a uma idealização sobre o fazer profissional que nem sempre corresponde ao contexto real.

Os relatos destes profissionais demonstram as transformações que ocorrem entre o sonho da formação acadêmica, as expectativas geradas e o impacto que a realidade em serviço traz e para

Minayo (2012) toda vivência tem como suporte os ingredientes do coletivo em que o sujeito vive e as condições em que ela ocorre.

Nestes relatos não parece existir uma preocupação sobre a questão da fragmentação do currículo. Talvez pelo próprio momento histórico e contexto social em que as formações aconteceram ou mesmo porque isto não era algo que se fizesse importante naquela ocasião devido talvez a imaturidade pertinente à faixa etária com que muitos ingressam na universidade. Vale ressaltar que a maior parte dos participantes está formada há mais de 20 anos.

Capozzolo e Feuerwerker (2013) afirmam que desde a década de 60 já havia no Brasil algum debate crítico sobre a formação dos profissionais da saúde, mas somente após o movimento da reforma sanitária é que foi identificada a necessidade de se articular a formação dos profissionais com os princípios do sistema de saúde que se pretendia construir.

Na década de 90, argumentava-se sobre a necessidade de dar maior atenção aos aspectos pedagógicos da formação na intenção de superar a fragmentação dos currículos. Os debates nesta área incluem os currículos integrados, organizados não somente de forma disciplinar e comum a perspectiva de uma educação crítico-reflexiva, no entanto, ainda hoje as graduações tem sido poderosas máquinas de produção de subjetividades sujeitadas em que estudantes saem dos cursos mais empobrecidos do que entraram. Perdem porosidade para o mundo e para os encontros (FEUERWERKER, 2014).

Além disso, foi também nesta época que se começou a pensar na necessidade de uma perspectiva de trabalho em equipe multiprofissional, “buscando respostas mais amplas e potentes aos problemas de saúde que deveriam ser abordados em sua complexidade.” (CAPOZZOLO e FEUERWERKER, 2013, p.2).

Dentro desta perspectiva crítico – reflexiva, os profissionais da Serfis de forma geral entendem que embora não se fizesse o uso da palavra interdisciplinaridade na faculdade, a formação é reconhecida por eles como sendo direcionada para esta prática.

(...) é que não existia essa palavra (interdisciplinaridade), mas nos textos de TO lá do começo já era, a TO sempre foi o carro chefe dessa coisa de inter em saúde. (Ares)

(...) mesmo que não trouxesse a palavra, a formação já era um pouco pra isso. (Atena)

Ah sim...sempre importante ter na formação já essa ideia ..eu tive...essa noção, mas é como ela falou se não tiver disposto a botar em prática o que eu tive não ia adiantar porcaria nenhuma e...bom... (Hermes)

Nós tivemos uma boa base na faculdade, tínhamos alguns questionamentos que fazíamos, mas a gente tava mais preocupada em entender o que a gente queria e podia fazer do que com o “outro”. (Hera)

Outro, porém, compreende que embora não tenha esta formação, considera tê-la aprendido na sua prática:

Todo dia é um aprendizado né? Então eu acho que eu que não tive isso na faculdade, não me fez muita falta não né? Porque eu aprendi no dia a dia. (Deméter)

Outro profissional parece trazer a questão da formação para um trabalho interdisciplinar associada à construção de valores e da educação pessoal e também às relações do cotidiano que envolve outros atores sociais.

(...) na minha área pelo menos, a gente sempre depende de alguém estar junto (...) mas interdisciplinar, vamos dizer de uma maneira um pouco mais abrangente, menos pesada daquela coisa do dia a dia, do cotidiano. Na minha área desde a residência até o internato sempre tem discussão de caso.(...)Talvez na minha formação educacional, eu sempre ensinei (pausa) sempre tive essa educação de que a gente tem que respeitar, aceitar e conviver com todo mundo de maneira assim, nunca me achando cem por cento o centro das atenções então, se eu tive essa formação até de casa eu também na profissão não consegui levar isso (...) acho que interdisciplinar falando no sentido mais amplo, a gente tem que levar em consideração todo mundo quem mantém até o nosso ambiente de trabalho. (Dionísio)

Estes dois relatos parecem se coadunar com as ideias de Nóvoa (1995, p. 25) quando afirma que “a formação não se constrói por acumulação (de cursos, de conhecimentos ou de técnicas), mas sim através de um trabalho de reflexividade crítica sobre as práticas e de (re) construção permanente de uma identidade pessoal.” Práticas de formação que tomem como referência as dimensões coletivas e que contribuam para a emancipação profissional e para a consolidação de uma profissão que é autônoma na produção dos seus saberes e dos seus valores.

Algo também enfatizado por Freire desde a década de 70 que já propunha a reflexividade com um método que abriria a possibilidade de análise crítica em torno da realidade codificada. A formação reflexiva não se restringe a uma área disciplinar; ela é a superação da prática alienante. Em razão dessa natureza construtiva, não admite submissão aos entrincheiramentos disciplinares e pragmáticos. Podemos considerar que a reflexão é um processo coletivo que comporta saberes não disciplinares e admite apropriações nos diversos espaços em contextos históricos distintos de forma autônoma (NIDECK e QUEIROZ 2015).

Ainda segundo os autores:

Na ótica reflexiva crítica, o trabalhador dotado de suporte teórico poderá enxergar as iniquidades, as novas formas de exploração e sofrimento, não apenas no âmbito da saúde como também na dimensão econômico-estrutural da sociedade. A aprendizagem na dinâmica do trabalho capacita o profissional para compreender a relação saúde-doença como um fenômeno integralmente biológico e sociocultural, e a partir dessa constatação postular um novo agir. Portanto, o

exercício pedagógico nessa conjuntura, seja na sala de aula, seja no local de trabalho ou em espaços coletivos, deve estabelecer o diálogo entre os saberes disciplinares, os não disciplinares e as subjetividades e a realidade vivida. (p.171)

Durante os encontros, mantendo o exercício da reflexão, foram questionados sobre as marcas mais evidentes que surgiram desde a saída da faculdade até aquele momento na Serfis-Zoi, marcas que podiam estar associadas à vida pessoal, mas principalmente as marcas do trabalho, algo que dissesse respeito às lembranças de sua atuação em serviço.

É o caos (...) a profissão nunca foi prioridade na minha vida, nunca foi e até hoje não é. Me importo muito mais com outras coisas do que com isso pra mim isso aqui é o menos importante na minha vida mas eu cheguei no fundo do poço, foi quando a gente fechou o 'RECON' (referindo-se a oficina de reabilitação) e quando a R. era chefe, pra mim matou tudo que tinha de possibilidade. (Ares)

(...) o que me trouxe pra fisio foi um acidente automobilístico de uma amiga (...) quando ela voltou pra santos eu fui acompanhando a trajetória de reabilitado na vida dela (...) meu primeiro emprego foi num hospital mas já tinha uma fisiatra e a gente trocava uma idéia. (Apolo)

(...) nem sei se eu tenho lembranças! (...). A diferença é que não é uma marca que: (faz gesto de ter uma faca no peito), eu me adapto a ela (...) não é uma marca que eu falo: por causa disso não quero mais. (Perséfone)

Uma das coisas mais marcantes foi... Deus que me perdoe que ele já está do outro lado lá (referindo-se a alguém que faleceu). Quando a gente veio pra essa unidade, os profissionais, a maioria sofreu de uma depressão por estar saindo de um local em que o prédio era totalmente construído para deficiente físico, um andar só né? E aí o material era dele e a gente veio pra cá sem material sem muito pouco material até o que a gente trouxe veio junto com o Cabral...então assim...não tinha cadeira ...não tinha nada. O A. fez uma reunião com todos os profissionais daqui inclusive quem tava trabalhando no domicílio teve que sair do domicílio e pra sentar grudado na cadeira pra ouvir assim: "você são um bando de vagabundo, não trabalham porque não querem" e aí no dia seguinte, na semana seguinte cada um trouxe uma cadeirinha de casa pro paciente poder sentar porque eu posso até ficar de pé enquanto profissional, mas o meu paciente tem que sentar. (Ártemis)

Estes relatos evidenciam que as afetações se fazem presentes na medida em que são convidados a relembrar as histórias do percurso e que vão além do seu fazer profissional. Como se pouco lhes fosse perguntado e na medida em que isso ocorre, tivessem o espaço para falar de sentimentos e impressões. Esta foi uma percepção clara durante os encontros, identificada pela pesquisadora e pela observadora. A emoção nas expressões não pode ser aqui traduzida em palavras para compreensão do leitor, no entanto não diminui o impacto e o sentido dos relatos.

Rolnik (1993) afirma que as marcas são estados inéditos que se produzem em nosso corpo a partir das composições que vamos vivendo nas incessantes conexões que vamos fazendo, o que o sujeito pode, é deixar-se estranhar pelas marcas que se fazem em seu corpo, é tentar criar sentido

que permita sua existencialização e quanto mais consegue fazê-lo, maior é o grau de potência com que a vida se afirma em sua existência.

Outro fator que surgiu como uma marca do percurso foi o momento do estágio, sendo representado como uma primeira inserção no universo do trabalho e que este momento revela-se para alguns como sendo frustrante devido às expectativas anteriores:

(...) É difícil pegar um estágio bom, noventa por cento é uma porcaria. Foi um choque assim, bem frustrante mesmo. (pausa longa) Quando você vai pro estágio, fica assim né, você mantém alguns ideais seu...vontade de mudar alguma coisa mas também vem a frustração de suas expectativas...né...tipo “pô...que será que eu vou conseguir fazer né na assistência social...vai por água abaixo...(...)então aí veio essa frustração em relação as minhas expectativas né? E vi que as transformações que meu trabalho poderia causar não eram tão grandes assim...tão importantes sabe?...pô quando pega um idoso assim sem ninguém? (incompreensível)... e passa a receber o LOAS é um alegria.....é...o que mais a gente se depara aqui. (Hermes)

Depois a dureza que é essa coisa do marrom assim...a dureza de todo trajeto da Psicologia. A gente estudava o dia todo porque era o período pra estudar. Não tinha faculdade a noite e nem um período pra estágio pra gente entender nossa prática e tentar se aproximar do que iríamos fazer depois e de madrugada ficar fazendo os trabalhos que eram muitos, então muito sofrimento! (Hera)

1.2 O fazer profissional e a solidão.

Esta subcategoria diz respeito aos sentimentos manifestados pela equipe durante o processo de coleta de dados quando se referem ao fazer cotidiano em serviço. Consideram que existem diferenças nos tipos de atendimento e nas equipes e que esta é uma condição que muitas vezes os colocam em um estado de solidão segundo suas palavras ou também porque identificam que para haver uma troca existe a necessidade de um profissional da mesma especialidade como nesta fala:

(...) a solidão subsidia o nosso trabalho e o que acontece? (...) solidão, porque eu sou solitária na minha área, não tem ninguém pra discutir a minha área, não tem outra Fono pra dizer: “não ta dando certo por aqui e aí você faz diferente? O que você faz pra me ajudar? Não tenho. (Perséfone)

Pro pessoal que tá lá mais na ortopedia o trabalho aqui no Serfis é bem mais solitário mesmo. Agora que eu tô ficando mais perto lá eu percebo com toda clareza. (Ares)

Ortega y Gasset apud Rios (1994, p.131) faz uma afirmação interessante a propósito dessa questão: “a ideia de solidão só faz sentido contraposta à ideia de companhia”. Ninguém é sozinho, pura e simplesmente: sempre se é – ou se está – sozinho de alguém. Se existisse só um homem, ele não seria um homem solitário, somos solitários quando não contamos com a companhia do outro (p. 131).

Talvez a solidão neste sentido seja percebida a partir do trabalho individualizado, mas este sentimento precisa ser considerado em reflexões futuras quando se pretende que a interdisciplinaridade aconteça, pois segundo Rios (1994) não se é competente interdisciplinarmente sozinho e se prevalece entre a equipe o sentimento de solidão, ou do fazer solitário, como é possível pensar um trabalho interdisciplinar, que depende basicamente da interlocução com outras pessoas e seus conhecimentos e que implica um caráter coletivo e de relação?

Outras falas se referem ao fazer solitário, mas que parece estar diretamente atrelada ao tipo de demanda ou de atendimento que se faz.

(...) o problema assim também é que pode ser solitário talvez na hora que você tá ali né, fazendo, tal, você sabe que apesar de você estar sozinho sempre chega alguém, por exemplo, pra mim e: “Dá uma olhada nesse Raio-X”. Então a gente, apesar disso, de tá sozinho a gente tá disponível um sempre para o outro. (Dionísio)

(...) eu me sinto sozinho (...) porque o meu trabalho não é como o outro trabalho realizado aqui dentro (...) porque eu não trabalho com reabilitação. (Apolo)

As percepções sobre o fazer solitário são distintas e afirmam o aspecto subjetivo incutido nestas sensações, uma vez que a forma como percebemos e entendemos o mundo ao nosso redor é bastante pessoal e vai ao encontro dos conteúdos e das experiências vividas individualmente. De qualquer forma, ainda que por diferentes configurações, a questão da solidão se repete e não é possível ignorar o sentimento da equipe, não nos é permitido naturalizar a solidão em serviço. Os processos de dor produzidos no ofício da saúde não podem continuar sendo desconsiderados (PITTA, 1994).

Dejours (2015), em palestra ministrada a respeito do sofrimento no trabalho já afirmava que o subjetivo do trabalho vivo, os sonhos e o sofrimento não são visíveis, que o essencial do trabalho não se vê, não pode ser medido e que o trabalho é, portanto totalmente tomado pelas relações.

Por meio das relações, em um contexto do trabalho em saúde é possível dar visibilidade às subjetividades existentes neste universo, é possível segundo Feuerwerker (2014, p.32) a manifestação do diferente, a produção desejante de certos fluxos de cuidado, e também de “não cuidado”, nos seus distintos cenários.

Eu acho que eu gostaria que ela visse uma coisa ali (referindo-se a personagem do vídeo) minha esperança é que ela olhasse e visse umas três pessoas ali embaixo segurando o paninho dela e falando que aquele paninho serviu pra alguma coisa, sabe? Então, que aquele tricotar dela e aquela nuvem lá é a angústia que a gente sente aqui que não vê o nosso trabalho mais pra frente. (Ártemis)

Eu me sinto sozinha (...) não me foi apresentado como fazer, eu nunca trabalhei com o que eu trabalho aqui. (...) isso acaba criando alguns atritos até com paciente, com colega que é normal, mas acho que a gente fica meio órfão sim de resposta. A gente faz, faz e não vê onde acaba. (Héstia)

Eu às vezes encontro com o paciente na rua e que me dá algum retorno mas de uma maneira geral a gente se perde...o trabalho que a gente faz, gente não sabe o resultado e a gente dá tudo. Deu tudo né? (faz gesto de quem tira de si). Deu até o cabelo e sem saber os resultados, sem saber a ponta de lá. (Deméter)

A equipe identifica outra vertente que percebem como solidão pela impossibilidade de visualizarem a continuidade de seu trabalho, que ultrapassa a questão do “fazer junto” e que parece estar diretamente ligada à possibilidade de terem o seu trabalho reconhecido ou mesmo de poderem acompanhar o desdobramento de seus atendimentos apesar de “darem tudo”, inclusive de si mesmos. Sugerem que sentem a ausência de cuidados, de valorização e até mesmo de alegria, como se não houvesse interlocutores no processo.

Nas palavras de Terezinha Rios (1994, p.133).

Quando ignoro o outro, quando ajo como se ele não existisse, deturpo o sentido de individualidade fazendo com que se instale o individualismo. O isolamento numa atitude individualista impede a intersubjetividade, a interdisciplinaridade. Só há intersubjetividade na interlocução de dois ou mais sujeitos, sujeitos que como tal se reconhecem fundamentalmente a partir da relação. Só é possível falarmos em interdisciplinaridade na interlocução de duas ou mais disciplinas, de uma interlocução criadora, na qual se transcende o espaço de subjetividade para ir ao encontro de muitas subjetividades/disciplinas em diálogo.

Como veremos mais adiante, na categoria interdisciplinaridade, essa está diretamente articulada com a necessidade de dialogar, de se relacionar como aponta Silva (2006a) quando diz que a interdisciplinaridade é encontrada na interação entre duas ou mais disciplinas, na interação desde a simples comunicação das ideias até a integração mútua de conceitos, da terminologia, dos procedimentos. A interdisciplinaridade consistindo em um tema, objeto ou abordagem em que duas ou mais disciplinas intencionalmente relacionam-se entre si para alcançar maior abrangência de conhecimento.

Na ideia de Meirelles (2003) o diálogo contínuo com outras formas de conhecimento de maneira compartilhada e interativa facilita os enfrentamentos profissionais, favorece a construção de uma prática interdisciplinar e auxilia na assistência humanizada que contribui para melhorar a compreensão da realidade.

De toda maneira, qualquer possibilidade de interação, de aproximação, de busca ou não pelo outro, neste caso por outros desta equipe, passa também pela vontade de cada um dos envolvidos,

passa pelo aspecto da iniciativa, do deslocamento do lugar comum, sendo assim é preciso problematizar a questão de que o complexo mundo do trabalho não é um lugar do igual, mas da multiplicidade, do diverso e da diferença, da tensão e da disputa. É importante desmanchar a ideia de um ambiente de trabalho harmônico em si mesmo. Reconhecer à diversidade, os processos de formação das subjetividades, a forma singular de produção do cuidado, trabalho vivo dependente, que revela os afetos, a potência produtiva e a riqueza da práxis (FEUERWERKER 2014, p. 103)

As falas a seguir demonstram que estes profissionais reconhecem que a riqueza da práxis também depende muito do que cada um consegue manifestar no meio em que está inserido e de quais arranjos se apropriam para poder continuar a realizar seu trabalho:

(...) essa coisa do trabalho insano que as pessoas já falaram aqui que às vezes a gente fica “em si mesmada” na gente mesmo, interiorizada e às vezes o nosso trabalho não tem uma sequência por milhares de fatores que passa também pela motivação, a gente não pode esquecer de falar isso, às vezes as pessoas não estão a fim de trocar nada, tão a fim de trabalhar e ir embora, tá bom assim né? (Hera)

Eu acho que é assim, uma coisa assim, você estar... eu posso vim até pra uma reunião de uma discussão de um caso mas eu não tá aqui né? Você estar presente (enfática) pra aquela discussão, a coisa da troca mesmo, de você estar ali investindo nessa, às vezes eu sinto assim um pouco de falta de investimento, que eu não sei, pessoal mesmo, que se eu não sei alguma coisa profissionalmente a gente tem como correr atrás e pedir ajuda. (Ártemis)

De outra forma, porém uma das profissionais reconhece que a relação que se estabelece com estagiários em serviço é uma forma de desacomodar-se e de certa forma favorece um reencontro com as próprias histórias e é também uma maneira de distanciar-se do sentimento de solidão em serviço:

(...) quando eu abri para os estágios na verdade foi quando eu saí da acomodação porque estagiário dá trabalho né? Isso significa que eu tinha que rever as minhas coisas (...) inclusive daquilo que eu sonhava quando eu tinha a idade deles não é? “Ainda bem que eu tenho os estagiários, mas nesse período em que eu não tinha os estagiários, não tava fazendo nada e não tinha com quem conversar e também não lia nada a respeito eu me sentia de novo... (e faz o gesto de como quem vai para o abismo). Mas foi uma forma de sair dessa, é... dessa solidão. (Atena.)

1.3 Automatismo e repetição

Esta subcategoria surge a partir dos discursos dos profissionais que muitas vezes trouxeram analogias de seu cotidiano, comparada com as cenas do vídeo “O último tricot” que como já vimos conta a história de uma senhora que tricota um cachecol ininterruptamente, usando inclusive os próprios cabelos para que não interrompesse o movimento, mesmo após sua lã ter terminado. Em algum momento o peso do cachecol tricotado a leva para um abismo. No momento seguinte ela

ressurge, já sem os cabelos, volta a sentar-se em sua cadeira, encontra outro instrumento, desta vez uma tesoura e parece iniciar novos movimentos de repetição.

Nesta categoria, observamos nas falas que os participantes utilizam da simbologia do vídeo para falarem de si mesmos e da realidade que vivem na unidade. Há aqueles que desanimaram, outros adoeceram e isto aparece de forma explícita ou subentendida, mas presente no discurso.

Então... É... Eu me sinto assim... Tricotando... (e faz o gesto repetitivo) e o trabalho se perde, o trabalho se perde e a gente não sabe o resultado, o resultado daquilo que a gente fez, daquilo que a gente investiu, a gente não tem notícia né? (Deméter)

Então a gente fica tricotando com a tesoura realmente no pé que a gente pode cortar a qualquer momento esse vínculo que é decisão minha. Eu posso sair se eu quiser, porque tem outras coisas que eu preciso tricotar que assumi de responsabilidade e no momento que a gente achar ou a gente corta ou a gente arrebenta o cabelo. Muita gente arrebenta o cabelo aqui. Muita gente afastada, muita gente doente. Muita gente com “N” problemas de ordem pessoal que eu acho que o trabalho poderia ajudar (...) então tricotar, tricotar, tricotar... enervadamente ali é o que a gente faz, faz muito e a gente precisa ver o que tá na outra ponta. Quem tá te puxando? (enfática) Pra onde a gente tá caindo? A gente vai cair? Vai pro ar? , tem confiança e segurança pra isso, pra gente passar? (inaudível) é o que eu sinto hoje. Só pergunta. Não tenho resposta nenhuma. (Héstia)

(...) caiu num abismo que não consegue enxergar onde foi parar aquilo porque o resultado é nada aí você senta e acomoda, mas especificamente falando dessas pessoas que aparecem aqui trezentas vezes acho que aquelas trezentas pessoas que apareciam quando a gente trouxe o “movimente-se” para cá elas não voltaram mais então o que foi feito com aquelas pessoas que elas não voltaram mais? O que a gente ofereceu pra essas pessoas que elas não precisaram mais voltar aqui achando que o problema era do aparelho né? Que resposta de cuidado a gente deu? Então é isso que eu fico pensando, de novo a gente volta a fazer o tricô, de novo a gente faz os trezentos aparelhos porque não se pode dar continuidade de uma abordagem que até hoje fez com aquelas pessoas daquela lista não voltassem mais. (Atena)

A inexistência de espaços de compartilhamento das histórias e dos sonhos coletivos pode levar ao desgaste do cotidiano em serviço. O simples agrupamento de pessoas para um trabalho conjunto não garante a integração entre elas e mais do que isso não garante a evidência de sentido naquilo que se faz, quando a estas pessoas não é possibilitada a participação da construção dos meios de trabalho.

Nas falas, fica evidente que os profissionais têm pouco espaço de autonomia e construção de suas práticas. Reconhecem uma prática automatizada e engessada por uma lógica de trabalho e que não pode ser entendida ou responsabilizada individualmente, mas que necessita ser reconhecida também a partir de uma construção do próprio sistema de saúde.

As experiências de trabalho não deveriam significar submissão às regras ou normas prescritas, mas contempladas em espaços de criação e negociação uma vez que a impossibilidade de expressar ou de criar espaços para o diálogo que ultrapassa a discussão de casos, mas que

contemplem as angústias vivenciadas em serviço pode levar ao adoecimento dos trabalhadores. (BRASIL, 2011)

Há outros que tentam encontrar caminhos ou arranjos numa tentativa de reorganizar o trabalho ameaçado pelo desencanto ou pela inércia como no relato de Ares:

Na verdade os nossos problemas aqui na Serfis, já falo isso há muito tempo, quando o P. era chefe o N. eu discutia por causa de coisa que eu acho que são feitas sempre iguais, que deveriam ser feitas de uma maneira diferente, por quê? Por uma questão de inércia. A gente sempre fez assim vamos continuar fazendo então na verdade o problema é outro problema, nem ninguém individualmente tem que solucionar o que tem de errado no serviço, mas também se a gente não fizer individualmente e levar pra coletividade os problemas vão continuar se repetindo pra sempre(...) a mensagem que o vídeo me passou que eu possa fazer a comparação aqui é isso, todo mundo tem agulha de tricô e a gente vai usando quando a maioria dos nosso problemas tinham que ser resolvidos com a tesoura. (Ares)

(...) Isso que eu fiquei vendo, eu vejo que tem outros colegas que não sabem sair desse padrão entendeu? A coisa tá degradingolando, mas ele não, ele quer manter aquilo lá (faz gesto de repetição) não vai atrás dessa mudança, isso eu não busquei fazendo nada além de olhar pra mim mesmo. (Apolo)

De acordo com Merhy e Feuerwerker (2009) o autogoverno dos trabalhadores é constitutivo do trabalho em saúde e este grau de liberdade que os trabalhadores detêm no cotidiano, permite intervenções no dia a dia do serviço a favor da vida ou mesmo da negação em realizá-lo, permite criar novas estratégias para qualificar o cuidado, mas para isso é preciso que os profissionais descubram a potência e o poder que têm para transformar estes processos.

Mantero (1998) diz que o ser humano precisa de não estar sempre no cotidiano precisa sair do cotidiano e entrar em outros níveis, em outra sensação do mundo, precisa fazer coisas não produtivas, sair da lógica da produção, ter objetivos diferentes desses, precisa voltar a saber, que não há só um caminho entorpecedor e mecânico, que a vida é mais sutil do que isso, mais rica de redes e nós de sentidos e sensações, de linhas que se cruzam e que baralham e iluminam.

Talvez pela reflexão em si de você ficar parando e meditando, que a gente não tem tempo pra meditar (...) a gente não tem tempo pra ficar fazendo tanta ciência como às vezes a gente gostaria de fazer, se a gente começa a discutir muito a gente não trata né? (Dionísio)

(...) entra no automático e caramba, não pensa em mais nada, até chegar o seu fim. (Perséfone)

(...) chegou um momento em que não era mais o ritmo dela, era uma coisa exterior que fez com que ela (pausa) e ela começou a produzir naquele ritmo, eu vejo que ela conseguia puxar o cachecol, mas o cachecol puxava de novo lá pra baixo e ela começou a disputar com ele né? (...) podia ter puxado inteiro o cachecol, mas não, ela entrou na disputa da produção e num ritmo cada vez mais assim alucinante. (Atena)

Então, no trabalho, no meu trabalho identifiquei um pouco com a mesmice sabe? Coisa de repetitividade assim, meio que modos de produção taylorista sabe? A coisa de fazer só uma mesma coisa assim. Às vezes até (inaudível) com a minha assim, mas o que posso fazer de diferente? Mas realmente o serviço é muito... há uma mesmice assim ... Então não vejo muita saída. (Hermes)

Estas falas remetem aos modos de produção capitalista e a divisão técnica e social do trabalho que coloca cada trabalhador em uma etapa do processo de produção fazendo sua tarefa, mas perdendo de vista a finalidade do trabalho, de forma que sua tarefa acabe como um fim em si mesmo e com ausência de sentido (BRASIL, 2005).

2. Processos de Trabalho

Um dos aspectos que se evidencia a partir dos dados diz respeito aos processos de trabalho, relatados pela equipe em diferentes nuances e que passam pela relação com a gestão, pela implicação do serviço público, questões atreladas a infraestrutura da unidade como sendo fator determinante para a realização do trabalho e dos atendimentos e também por aspectos ligados ao trabalho em rede. Outra questão remete a interferência realizada por um profissional da saúde mental junto à equipe atendendo a um pedido da Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de melhorar o relacionamento entre os profissionais, que teve, porém, uma repercussão negativa conforme veremos mais adiante na fala dos participantes. Desta forma, esta categoria se desdobra em outras três: Relação equipe x gestão: percepções de organização e cuidados, Serviço público: da infraestrutura a produção em saúde, uma tentativa de se criar espaço de diálogo.

2.1. Relação equipe x gestão: percepções de organização e cuidados

Partimos do entendimento de que cada um dos trabalhadores em saúde, seja na atenção ou na gestão, é detentor de conceitos, ideias e concepções acerca da produção de cuidados, do sistema de saúde, de seu funcionamento e do papel que lhes cabe na prestação dos serviços. De certa forma estas concepções balizam o agir de cada profissional, porém são mediados pela maneira como os serviços se organizam.

Durante os encontros com a equipe, a relação com a gestão e as impressões dos trabalhadores em relação a uma possibilidade de co-participação nas decisões ou na construção de uma lógica de trabalho que lhes dê sentido aparece em muitas falas. Falas que parecem vir

carregadas da sensação de exclusão, de deturpação frente ao real daquela unidade. Em seus discursos exprimem as afetações que os cuidados ou a ausência deles podem acarretar no cotidiano.

Me choca muitas vezes ver chegar uma pessoa de fora (faz gesto de alguém que está acima) que não sabe aonde a água tá batendo e se colocar de maneira que não valorize o que aquele profissional tá fazendo né? Isso me incomoda muito. A pessoa chega de fora, na zona de conforto... tá lá no (gesto de acima)...né? (Ártemis)

(...) "Vamos ver como é que vocês trabalham". (...). Eu sinto falta disso. Vem aqui! Vem passar um dia aqui! Das 7 as 17. Como é que funciona a Serfis? Hoje vou fazer o administrativo. Como é que funciona o administrativo? Quais são as linhas? Como é que monta isso? Eu acho que quem faz, quem tá lá (gestão) precisa saber como é que a gente faz. Precisa saber a nossa realidade e as nossas dificuldades e a qualidade do nosso trabalho e as nossas respostas, isso eu sinto muita falta. (Héstia)

(...) o que ela fazia na época em que ela tava na gestão era comparar a reabilitação com outros serviços, então a imagem que o gestor pintava do lugar era como se fosse o inferno e na verdade nesse caso aí o gestor é que tava sendo meio incompetente de não entender o que é que tinha que acontecer então pessoalmente nessa época pra mim aí foi (pausa longa) tanto que depois disso eu desanimei total de fazer as coisas de discutir (...). (Ares)

Nestas falas o que observamos é que os trabalhadores parecem sentir que existe um distanciamento entre a gestão e a unidade e mais do que isso, de que a primeira desconhece a realidade do serviço e que isso, além dos equívocos mencionados pode levá-los a renúncia em participar de processos de criação, transformando o trabalho em lugar de repetição.

Há a ausência de uma fala que se refira aos encontros com a intenção de diálogos pertinentes ao fazer cotidiano, ao contrário disso, enfatizam um descolamento, como se a gestão, entendida aqui como chefia, fosse uma instância separada do processo e esta parece ser uma percepção bastante genuína, haja vista que surge entre os diferentes profissionais.

É inevitável, portanto, que se reflita sobre a existência de espaços de diálogo e escuta nesta unidade, pois o que vemos é a evidência do já instituído que opera nos profissionais, algumas vezes paralisando-os o que para Bertussi (2010 p. 65) significa pensar que “para organização do trabalho em saúde é necessário deslocar-se deste conhecido jeito de fazer gestão, em que o instituído tenta capturar e controlar o trabalho vivo em ato”.

Se compreendermos que a produção em saúde, aqui entendida como produção de cuidados depende da qualidade do encontro com o outro, encontro este que acontece por meio das formas de relação e dos processos de intercessão entre sujeitos podemos entender que existe uma necessidade premente de reorganização nos modos de relacionar-se, de um reposicionamento das relações, para

que se tente efetivar a participação dos trabalhadores nesta produção, pois ao se perder o sentido daquilo que se faz de acordo com a Política Nacional de Humanização (2010, p. 28)

A consequência imediata disto é a diminuição/destituição do sentido do trabalho, que tende, então, a ser realizado de forma mecânica, repetitiva e desconectado de um processo global de produção: produzem-se partes, cujas conexões não são sabidas. Assim, a fragmentação dos processos de trabalho tende a manter os trabalhadores em posição sempre defasada ao todo da tarefa, cujo sentido não é conhecido. Alienação, renúncia, trabalho como repetição, não como espaço de criação. Trabalho como constrangimento à vontade humana. Trabalho destituído de sua potência instituinte. Trabalho mortífero!

Evidencia-se a necessidade de se elaborar lógicas administrativas que permitam a construção de um agir em saúde em que a gestão do cotidiano ocorra de modo compartilhado e tendo o coletivo de trabalhadores como protagonistas.

As falas a seguir demonstram que os profissionais entendem que os gestores não compreendem a realidade do serviço nem tampouco suas necessidades e que isto em um processo contínuo pode levar ao adoecimento.

(...) a partir do momento que eu entendo que se a chefia não compreende o que eu faço aqui, se ela não compreende uma atitude que a gente vê um milhão de vezes a T. fazer, de trazer o material dela pra inserir na prefeitura pra beneficiar o paciente né? Então assim, fica complicado se eles não entendem o que uma atitude dessas significa... Ah então ela é boazinha é uma doçura? Não ela está sendo extremamente profissional porque ela sabe que aquilo vai ajudar (...) eles não olham a gente com esse olhar. Eles vêm a gente em relação ao que eles ouviram de uma pessoa que passou ou deixou de passar. Entendeu? Entristece a gente a pobreza do olhar frente a um serviço né? Uma prestação de serviço nossa de uma área muito grande na comunidade né? E que precisa mesmo do atendimento né? Então... (com tristeza, pesar) (Ártemis)

A visão do gestor poderia aparecer pra gente de forma mais humana, não só chefe, gestor mais alto que a gente manda as nossas necessidades até daqui de dentro de trabalho (...) um olhar mais humano pra gente, pra equipe, do que a gente passa o que a gente vive, a qualidade do trabalho, o suporte necessário. (Héstia)

(...) eu tenho um péssimo gestor e uma estrutura horrorosa (...) uma gestão ruim e não é só essa de hoje, vem se deteriorando. Tô dizendo que quem faz saúde pública e não sabe o que é isso na realidade você não faz saúde, você faz doença. (Perséfone)

O exercício das transcrições, a releitura constante dos dados, nos faz entrar em contato com estas palavras, muitas vezes e em todas às vezes lembrava a poesia de Mário Quintana (2012) que metaforicamente remete a reflexão sobre o olhar sem sentido ao que ele dá o nome de *jardim*, mas que poderia ser substituído por pessoas, lugares, espaços de trabalho, relações:

*O que mata um jardim
Não é mesmo alguma ausência nem o abandono.
O que mata um jardim
É esse olhar vazio de quem por ele passa indiferente.*

Olhar o jardim talvez implique em fazer contato, em se aproximar e ao se aproximar talvez aconteça o conflito. Pessoas tendem a evitar conflitos, talvez porque tenham aprendido que eles são ruins, mas os conflitos evidenciam as diferenças e possibilitam a visibilidade do que se pensa e sente, trazendo portanto, a chance de solucionar ou temporizar aspectos antes obscuros ou não ditos. Os conflitos nos tiram do lugar comum e convidam ao deslocamento. Podemos produzir negociações e pactos que são sempre provisórios, pois não há como terminar com conflitos nas equipes nem é possível o mito da linguagem comum, da igualdade, da harmonia (BRASIL, 2005).

De acordo com Panizzi e Franco (2004) o lugar de produção e trabalho em saúde é um território demarcado pela conjunção de diferentes interesses e é neste micro – espaço que agem de forma interessada com objetivo de sobrepor-se aos demais, a organização, as corporações, os indivíduos, sujeitos que defendem seus interesses privados e os usuários. É, portanto, um lugar de disputa.

Trabalhar com e nos conflitos pode auxiliar na problematização dos espaços de trabalho não como um fator paralisante preso em si mesmo, mas como uma permissão para a troca e o movimento das ideias, da compreensão e de novas decisões.

Para Bertussi (2010, p.60) “governar em saúde é algo complexo, implica efetivamente abrir novos canais de diálogo e aproximação entre gestão e trabalhadores, aproximar a gestão do cotidiano do trabalho, criando a oportunidade de construir novos pactos entre os trabalhadores.” Só se pode imaginar a produção da integralidade, de continuidade da atenção e de ampliação da resolubilidade por meio da construção de novos espaços de conversa, pactuação e cooperação técnica entre os trabalhadores. Desta forma, para haver mudança no processo de trabalho das equipes de saúde torna-se necessário um equilíbrio nas relações de poder.

A potência da equipe está justamente no crescimento coletivo. A possibilidade de expressar as diferenças de opiniões e sentimentos são processos de democratização das instituições, dependente da abertura para acolher as mudanças em si, nos coletivos e nas instituições.

Todos os trabalhadores fazem uso de seus espaços de autonomia para agir como lhes parece correto ou apropriado segundo o contexto e de acordo com seus valores e/ou interesses. São autores de seu próprio trabalho (negociando, é claro, com as normas, com as políticas, com as limitações das condições materiais, com dinâmica da equipe de trabalho). Mas tomam decisões, muitas decisões. Sempre poderiam fazer de outro modo – melhor ou pior, mas diferente, a partir de outras escolhas (FEUERWERKER, 2005).

Então, mas a gente tinha a possibilidade de correr atrás, de brigar, etc. e a gente decidiu não fazer nada porque como a gente fez o serviço e foi na ponta da faca foi lá e falou: “vai ter que dar e etc”... E foi brigando... Então pra continuar ia ter que brigar mais uma vez e a gente já tinha decidido que não. (Ares)

(...) trabalho pra mim é divertido (...) mesmo frustrante com essa coisa de não ver nenhuma resolutividade de quem deveria fazê-lo. Você não quer trabalhar então não atrapalha, deixa o povo. Normalmente o que a gente vê é o contrário, você quer fazer e quem administra lá (expressão de repudia) não deixa ok. Eu sento aqui e espero. (...) Você quer trabalha né? Não deixam da licença! (...) A gente não tem bom gestor que faça acontecer. (Perséfone)

O que se observa nestas falas é que os profissionais ressentem-se da ausência de uma conexão que possibilite o direcionamento de seus esforços para a produção de novos saberes. Sem uma articulação entre equipe/unidade e gestão/governo, sentem-se talvez distantes da possibilidade de realizar movimentos de transformação. Desta forma continuam agindo isoladamente, porque há pouco ou nenhum espaço de troca, de diálogo, de encontro para a construção de um saber partilhado, co-responsável.

Estes fatos parecem apontar para a necessidade de se pensar em estratégias de educação permanente em saúde como recurso para aproximação entre trabalhadores e gestão e, que poderia reverberar para a aproximação entre trabalhadores e trabalhadores e entre estes e os usuários modificando as relações e provocando ampliação na produção do cuidado em saúde como forma de mediar conflitos e criar espaços de encontro. “Um encontro entre indivíduos que deve ser reclamada a centralidade do diálogo”. (AYRES, 2007, p. 59).

2.2 Serviço público: da infraestrutura a produção em saúde.

A equipe demonstra, nesta subcategoria que os espaços de trabalho e a ausência de material adequado interferem diretamente em suas práticas, mas também os afeta emocionalmente levando-os a buscar arranjos como sugere a fala de Héstitia, Apolo e Ártemis:

(...) Então a gente tem pouco e o que tem pouco é usado muito. Então você fica com dificuldade até de ter o acesso a informação mesmo. Então mesmo que tivesse hoje na Serfis não existe na rede e mesmo que tivesse nós aqui da Serfis não temos suporte de material nem pra ter isso. Nós temos um telefone, nós não temos nem ar condicionado, nós não temos nem ventilador nas salas não temos aparelhos pra tratar os pacientes nós não temos. Nós fazemos tricô com o cabelo. Nós aqui da Serfis fazemos tricô com o cabelo! Fazemos o que podemos e até além que é o que a gente traz que é o que a T. tá falando e que é o que a gente precisa fazer pra poder se sentir útil e profissional e aliviar as angustias. Então eu consigo fazer até onde eu consigo fazer, da minha força. Como é que eu faço? Enfim, tô apagando fogo. (Héstitia)

(...) agora a gente tá vivendo um momento que a gente tem que ser muito criativo né? Por falta de condições físicas e aí eu retomei (...) me lembrei que o meu maior instrumento são as minhas mãos e a minha criatividade. (...) Você tem noção de como é legal ter um local bonitinho preparado pra te receber né? Que não é o que a gente vive. (“aponta para o chão referindo-se a SERFIS). (Apolo)

Se você perguntar pra elas em termos de material, material pronto vai, um material (e pega o giz de cera sobre a mesa), um material que elas precisam vai... há quanto tempo elas não recebem o material você vai ter esse retorno (...) um material que seja, mais fácil eu chegar na loja e falar: olha eu trabalho num setor

da prefeitura muito pobrezinho né? É mais fácil a gente conseguir uma doação e trazer pra cá do que a chefia compreenda a necessidade do nosso serviço, não a chefia imediata né? As chefias (referindo-se gestualmente a gestão acima da Serfis). Que entram e saem do poder. Desde que nós passamos pra cá tudo é adaptado! “Vocês vão pra lá agora” se bobear vai cada um pra uma policlínica e pulveriza logo de uma vez e acaba com nossos problemas. Eles ficam falando muito na cabeça da gente! (Ártemis)

É quase inevitável diante destas falas e de outras que se pense em como é possível realizar efetivamente um trabalho interdisciplinar diante de tantas dificuldades e que surgem nos aspectos básicos e de suporte para o mínimo e o necessário nos atendimentos. Estas falas sugerem desgaste, desesperança, sugerem descrença, sugerem algo que o senso comum cotidianamente reproduz ao afirmar muitas vezes que o serviço público é fracassado, que são atendidos com equipamentos sucateados e que sofrem com o descaso das chamadas autoridades diante de suas necessidades.

Aqui como todo serviço público eu vejo que isso é muito presente, a gente tem uma dificuldade (...) seria dificuldade porque não tem condições materiais. (Ares)

Há que se ter muita criatividade ou talvez muita resiliência para sobreviver. Como encontrar sentido no trabalho? De onde surge a motivação para a realização de cuidados cotidianos diante destes cenários? Merhy (2004) diz que os profissionais têm perdido o sentido da sua condição de trabalhador do ponto de vista de quem acredita que uma nova relação entre seres sociais seja possível. Diz ainda que é uma dificuldade encontrar equipes alegres não só pelas condições materiais de trabalho e os salários serem ruins, porque de fato são, mas porque a alma do fazer no cotidiano do trabalho está absolutamente perdida.

A falta do material é contemplada nas falas que seguem e parece refletir também no atendimento dado aos usuários exigindo da equipe uma reorganização do seu modo de operar como observamos nas falas a seguir:

Eu me sinto assim sem material nenhum pra trabalhar. A gente tem que trazer de casa as coisas porque tem hora que você tem que trazer. Você vê a necessidade do paciente você fala: Vou levar! (Deméter)

Com que recursos eu vou ajudar? O que, quanto nós estamos sendo negligentes se num ambulatório de dor eu não tenho um aparelho de analgesia né? Então fica difícil. (Ártemis)

(...) se viesse material e estrutura, ele (fisio da ortopedia) trabalharia também melhor, ele não tem estrutura e ele tem que atender o paciente. (Perséfone)

Outro profissional acredita que a participação do paciente auxilia este processo:

(...) às vezes não tem aqueles aparelhos que a gente gostaria que tivesse né, às vezes não tem aquele “paciente” que a gente gostaria que tivesse né? Porque os pacientes também precisam colaborar, precisa ter o lado intelectual da coisa. (Dionísio)

Segundo Merhy (2003) todos os processos de produção de saúde, em particular as que buscam novas lógicas para as relações entre os trabalhadores e usuários vivem algumas tensões básicas e próprias dos atos produtivos em saúde, tais como a lógica da produção de atos de saúde como procedimentos e a da produção dos procedimentos enquanto cuidado. No entanto quando falamos em produção, pensamos saúde e produzimos doença? Pensamos doença e produzimos saúde? Ou tudo vira número?

Não dá pra eu produzir numericamente, economicamente para o Serfis (...) eu vou colocar o que ali? Discussão com o médico do paciente “x”. Vou colocar o que? Mas eu preciso disso pro meu trabalho e você tem número e eles também não te dão nada. (Perséfone)

(...) eu tenho que fazer número, tenho que ter produção, eu tendo condições ou não, físicas, do ambiente, eu tenho que fazer número, porque tenho que suprir a carência do colega que se afasta, tenho que dar conta do meu e deixar um espaço pra enfiar o dele pra que o serviço não pare e pra que não venha outra coisa de fora interferir (...). (Apolo)

(...) Se o que tá acima não tem essa visão se ela não compreende o que significa algumas coisas que não dão pra anotar o que você fez porque não tem como anotar alguns trabalhos que a gente faz (fazendo referência a notificação de produtividade) né? Então fica difícil. (Ártemis)

Nestes relatos os profissionais se referem ao registro da produção por procedimento e atendimento que realizam cotidianamente na unidade e que gera certo número, variável que deve ser enviado ao Ministério da Saúde mensalmente. No entanto, associado a isto, entendem que o subjetivo do trabalho em si, as relações, a dinâmica e os arranjos que realizam não se concretizam neste registro e que talvez por isso a interpretação seja de que a unidade, por vezes não funcione.

(...) o que chega de lá na secretaria é que você tem que ter número (...) se você não tiver número você não tá funcionando. (Dionísio)

De acordo com Merhy (2002) e Franco (2003) “as práticas de saúde como toda atividade humana são atos produtivos, pois modificam alguma coisa e produzem algo novo.” Em suas atividades produtivas, que não podem ser completamente controladas por lógicas gerenciais, o trabalhador tende sempre a buscar maneiras de exercer sua autonomia e criatividade por meio do trabalho vivo em ato e com grau de liberdade significativo no modo de produzir os atos de saúde que é decorrente da relação privada que estabelecem com o usuário. Os profissionais têm espaço próprio de gestão de seu trabalho com o qual se precisa dialogar desde a gestão. Se assim não for, podem desinteressar-se, desmotivar-se e produzir menos, a não ser que controlado e coagido.

Engessado pelas normas ou orientado à produção de procedimentos, o trabalhador pode dirigir-se ao usuário como objeto, fragmento de corpo, sobre o qual a melhor intervenção, identificada com base nas evidências para situações semelhantes, deve ser produzida.

Os profissionais também relatam que o exercício da função em meio ao serviço público leva ao cansaço e ao adoecimento:

Eu tô num momento que quando a gente vai ficando mais tempo no serviço público a gente vai cansando de algumas coisas, infelizmente, eu achei que eu não cansaria, mas a gente cansa e fica exausta. Quanto eu fazia! Quantos grupos grandes, quanta gente da equipe junto comigo. Parece outro trabalho sabe? Parece outra unidade... mas a gente... Acho que tem isso que a S. falou e que eu falei também. A gente está cansada e a gente tem o direito. Eu acho 24, 25 anos de prefeitura (...) tinha que parar aos 25 anos... Tinha! Eu vou parar daqui a pouco. O R. diz: daqui a pouco tu pega uma aposentadoria por invalidez. Eu to deteriorando numa velocidade que eu estou... Agora eu faço ioga, faço minha caminhada, vou ver um show senão eu acho que tava mancando. Então assim, o serviço público adocece. Só é bom pro pessoal lá da cúpula, lá de cima que não faz nada, os auditores que ganham 30 pau pra não fazer nada. Nós sofremos porque por mais que a gente tenha um distanciamento a gente sofre (se emociona) porque vê o sofrimento do outro, não tem como. (Hera)

E assim eu não posso falar pra você que eu gosto mais de trabalhar em consultório do que na prefeitura porque é mentira. Eu sinto um grande prazer, mas chega uma época da vida que você tem que economizar forças, né? E já to me sentindo assim se eu tivesse que escolher né? Então já to de olho na aposentadoria, já to nessa fase assim. (Ártemis)

(...) é que acaba sendo um ciclo vicioso do serviço público você pode ser levado a isso se não parar pra refletir. Entra no automatismo. (Perséfone)

(...) isso tem a ver com essa lógica, do triângulo, da burrice do serviço público. (Ares)

2.3 Uma tentativa de criar espaços de diálogo

*Para apalpar as intimidades do mundo é preciso saber que
o esplendor da manhã não se abre com faca.
(Manoel de Barros, 2000)*

Em algum momento da trajetória da equipe da Serfis-Zoi, foi sugerido pela Secretaria de Saúde, que um profissional da área da saúde mental fizesse um trabalho com os profissionais, uma vez que havia um histórico de que a equipe passava por problemas e que desta maneira talvez se pudesse solucionar o que supostamente era considerado um problema de relacionamento. A proposta deste profissional foi a realização de um trabalho em grupo, utilizando-se da técnica do Psicodrama que tem como princípio a encenação de um dado problema, situação, ou outros na tentativa de visualização e exteriorização de sentimentos, no entanto apenas dois encontros foram realizados e interrompidos sem um fechamento ou explicações aos profissionais.

Este não era inicialmente um aspecto diretamente articulado com a questão da interdisciplinaridade, no entanto, diante de sua repetição e da fala contundente de todos os participantes desta pesquisa que espontaneamente trouxeram esta temática a luz dos diálogos,

pensou-se que este seria um importante dado para ser considerado se pensarmos na equipe, na questão da educação permanente em saúde e da aprendizagem significativa que enfatiza a participação dos profissionais na construção de um aprendizado com sentido.

Além disso, esta pesquisadora considera relevante dar visibilidade às falas e sentimentos desta equipe, tendo em vista que um trabalho interdisciplinar, para além de um conhecimento teórico do tema se faz por meio de uma equipe de trabalho, com histórias e subjetividades e que estes movimentos como o citado, trazem marcas e afetações que quando não são bem cuidados podem levar ao adoecimento ou mesmo à descrença e ao não desejo de juntar-se a outros, como nos lembra Fortuna (1999) ao afirmar que a equipe precisa ser cuidada para produzir cuidados.

O trabalho realizado despertou alguns sentimentos como seguem nas falas:

(...) Ofensa! Em consequência do que? De não saberem o que estavam fazendo, são uns alienígenas. (Ares)

(...) aquilo ficou aberto, acho que ficou exposto (pensativa). (Atena)

Me incomoda começar um trabalho e não terminar, como o Dr. que veio fazer com a gente e a gente não saber por que. Incomoda! (Héstia)

Aquela proposta do Psicodrama não sei se funcionou. A gente veio aqui com uma carga energética pra ouvir um negócio e aí foi pra aquele trabalho de Psicodrama, de imagens, para que? Ah! O meu sentimento era de saco cheio já. (Apolo)

Para além de interpretações psicológicas mais profundas, é sabido da necessidade da acolhida de conteúdos expostos a partir das resultantes de um trabalho como um Psicodrama, uma técnica pertinente a escola de mesmo nome e que sugere que as pessoas que dele participam encenem algo, com papéis específicos e que sugerem a possibilidade de trabalhar emoções, relações e outros a partir de uma encenação.

Nas falas, observa-se a ausência de sentido desta atividade para estes profissionais, pois não manifestam concordância ou vislumbravam a necessidade da atividade citada e para Ceccin (2005) uma das condições indispensáveis para que uma pessoa ou organização decida mudar ou incorporar novos elementos a sua prática e seus conceitos diz respeito à percepção dos desconfortos experimentados no trabalho e que a forma de se fazer ou pensar é insatisfatória ou insuficiente para dar conta dos desafios do trabalho. Nas palavras do autor:

Esse desconforto ou percepção de abertura (incerteza) tem de ser intensamente admitido, vivido, percebido. Não se contata o desconforto mediante aproximações discursivas externas. A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir

alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações. (p. 165)

Outra profissional alerta para o cuidado que se deve ter ao tocar emoções e sentimentos sem que seja possível dar continuidade e contingência ao que pode surgir, pois como nos lembra Morin (1999) não basta indicar a necessidade, é preciso que seja possível responder ao seu chamado. Vejamos:

O S. vindo e não vir mais (...) aí as pessoas também desanimam de perguntar porque aí você vai, você fica de chata... pô mas ele não vem? Era importante? Né? Será que eu assustei ele? Porque a única reunião que eu participei eu falei: “Olha a gente tem que tomar muito cuidado com essa coisa de trabalhar as emoções né... num grupo de trabalho... que ninguém tá a fim... foi uma coisa imposta. Uma coisa é você fazer parte de um grupo e dizer.. vamos fazer junto? Então eu escolho ela, ela, ela... eu não escolhi fazer dinâmica no trabalho, foi imposto pra melhorar sei lá que aquilo tava muito.. né? E o meu medo é que fique pior...porque o S. ia embora e a coisa ia ficar ruminando. (...)não sei se foi isso que assustou o homem, não sei se eu sou tão poderosa assim mas assim, coincidiu que não rolou mais então acho que essa coisa também de ter um seguimento e ter algumas explicações que não tem. (Hera)

Ceccin (2012) nos auxilia a compreender estes relatos quando diz existir um “dentro” de onde se pode falar e que falar de “fora” não muda os movimentos que acontecem por dentro. Este dentro precisa ser profundamente interrogado, desestabilizado, provocado, precisa constatar o fora até que os desafios deste fora reconfigurem o dentro, afinal não se abre o esplendor da manhã com faca como bem afirmou Manoel de Barros no início desta conversa.

Esta é também uma ideia compartilhada por Merhy e Feuerwerker (2014) ao afirmarem que a condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos é a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho.

Desta forma, a educação permanente em saúde mais uma vez se apresenta como sendo estratégia fundamental na medida em que coloca o universo do trabalho em discussão. Os trabalhadores da saúde vivenciam a mudança do processo de trabalho, de forma dinâmica, aonde os momentos vão migrando de uma situação inicial onde há medo do novo, para outro em que se realizam profissionalmente, se reconhecem no trabalho e nos resultados do seu trabalho (PANIZZI e FRANCO, 2004).

As mudanças dos processos de trabalho só serão possíveis se houver a compreensão de cada trabalhador sobre o modo de produzir saúde. “O processo de trabalho se modifica por uma lógica organizacional, mas, sobretudo sua reorganização se impõe pela mudança de valores, de comportamento, no reconhecimento do outro como sujeito que interage com os projetos em curso (IBID 2004).

É uma necessidade para todas as pessoas participar da construção das referências que indiquem direções e sentidos para suas vidas. Devemos e podemos exercitar combinados e compartilhamentos senão não somos sujeitos, mas objetos. Sermos transformados em objetos é uma maneira de nos desnaturarmos, pois para sermos humanos, temos de ser sujeitos e isto é uma necessidade (LOIRIERI, 2006).

A discussão a respeito da interdisciplinaridade junto a essa equipe, se fez costurada por outras tantas questões, como vimos, questões estas que se apresentaram de forma enfática durante todos os encontros. A ideia de respeitá-los enquanto sujeitos e não objetos, enquanto protagonistas das próprias histórias vai ao encontro do que afirmou o mestre Paulo Freire (2011, p. 104) quando diz que seria uma violência, como de fato é que os homens, seres históricos não fossem sujeitos de seu próprio movimento e que “qualquer situação em que alguns homens proibam aos outros que sejam sujeitos de sua busca, se instaura como situação violenta. Não importam os meios usados para esta proibição. Fazê-los objetos é aliená-los de suas decisões.”

3 Interdisciplinaridade

A partir desta categoria, outras quatro emergiram dos encontros e do olhar cuidadoso desta pesquisadora frente às inúmeras leituras realizadas para a transcrição e elaboração dos dados: Olhares interdisciplinares: muito além do conceito, Multi ou inter: que atendimentos fazemos? Trabalho em equipe e Diálogos necessários.

De forma geral, é possível observar que os profissionais da Serfis-Zoi, participantes desta pesquisa identificam a interdisciplinaridade como sendo preponderante para a eficiência no trabalho em saúde, demonstrando em muitas falas, o sentimento de impotência que surge diante de casos mais complexos e desta forma a busca por outros colegas de equipe torna-se fundamental como um suporte não somente técnico, mas também emocional.

3.1 Olhares interdisciplinares: muito além do conceito

Segundo Vilela e Mendes (2003) a interdisciplinaridade ganhou expressão a partir da década de 60, enfatizando a necessidade de compreender o todo, para transpor o conhecimento fragmentado e tem sido considerada por diversos autores como alternativa para alcançar o desenvolvimento de um pensamento que responda pela complexidade que caracteriza o mundo

atual, com seus desafios. Entre eles, encontram-se os problemas de saúde que é uma área eminentemente interdisciplinar.

Durante a pesquisa foi perguntado à equipe quais eram as três palavras que surgiam quando pensavam em interdisciplinaridade. O que se percebeu é que não existe uma unanimidade quanto aos conceitos da interdisciplinaridade e que este muitas vezes surge articulado com a prática como podemos observar nas falas de Dionísio, Apolo, Ares e Deméter:

(...) não sei o que colocar. Sucesso? (...) Não sei se poderia colocar, que a função da interdisciplinaridade é você conseguir várias cabeças pensantes para ajudar um paciente e ele ter (faz gesto de ascensão) êxito na reabilitação dele né? (Dionísio)

(...) acho que é conhecimento né? Agilização (...) porque quando eu agilizo uma coisa eu facilito para que o processo seja melhor (...) eu escolho facilidade. (Apolo)

(...) economia, eficácia, eficiência. (Ares)

Eu ainda acho que, olhando assim a gente funciona, só que assim. Na verdade, no dia a dia a gente não tem essa, talvez o nome né? Interdisciplinaridade, mas a gente tenta toda essa interdisciplinaridade a gente tenta fazendo o trabalho, a gente pega num “carro de boi”, mas a gente tenta. (Deméter)

Ao indagarmos os profissionais sobre a concepção que têm do termo, observamos que suas falas retratam a dificuldade de se ter definição e delimitação claras do conceito no cotidiano do trabalho em saúde, entre as noções de interdisciplinaridade e o trabalho nas equipes multiprofissionais. Conceituar a interdisciplinaridade não é tarefa fácil, pois se trata de um conceito complexo e que possibilita múltiplas formas de interpretação. Esta dificuldade acentua-se ainda mais na prática, mas existe também uma dificuldade, inclusive acadêmica de chegar-se a um consenso sobre o conceito da interdisciplinaridade, algo que Japiassú (1976) já havia levantado quando afirmava sobre a possibilidade disto tomar sentidos amplos e diversificados, com consequentes entendimentos e usos.

Estas outras falas trazem alguma consonância quando afirmam sobre a necessidade de haver organização, conhecimento, disponibilidade e comunicação como sendo elementos preponderantes ao exercício da interdisciplinaridade, o que vai ao encontro das ideias de (Pezuzzi, 2001 e Vilela e Mendes, 2003) ao dizerem que a primeira condição de efetivação da interdisciplinaridade é o desenvolvimento da sensibilidade e da comunicação entre as diversas áreas, promovendo, dessa forma, a troca de informações de diferentes campos do conhecimento com o intuito de alcançar a mesma finalidade.

Eu acho que o que tem que ter é se organizar né? É organização, depois a comunicação e não sei como é que eu faria assim... é...a continuidade, o desfecho...não sei como seria assim...é..periodicidade. (Deméter)

Conhecimento né? Acho que é a base né? Saber o que tá fazendo e saber o que fazer. Comunicação, saber trocar um conhecimento um do outro e a mesma disponibilidade que a S. Falou né? Com boa vontade porque se você tiver conhecimento, mas não tiver boa vontade também pra fazer algo, tipo, guarda pra você e não vai adiantar nada. (Hermes)

Eu sou suspeita, porque eu ainda acho que não tem interdisciplinaridade. Acho que são tentativas eu acho que a gente ainda não tem. Primeiro: porque que eu acho que não tem? Comunicação é difícil por milhares de motivos, porque são dois turnos de trabalho não tem uma intersecção entre uma coisa e outra. (...) falta comunicação pra poder ter melhor essa coisa interdisciplinar, entre nós quando a gente tá mais próximo que é isso que já foi falado aqui fica mais fácil. Eu to meio lenta hoje, eu ando muito cansada, mas a primeira que vem e que eu já falei é a comunicação, uma boa comunicação, a segunda disponibilidade, e acho que a palavra entre continuidade e perseverança, não sei, talvez perseverança. Acho que as três que me vem mais de impulso sem pensar muito, que também é bom né? (Hera)

Observamos nestas falas que os profissionais percebem a necessidade imperativa de envolvimento, de entrega e de diálogo para que exista a interdisciplinaridade em serviço. Sugerem que este feito está diretamente relacionado com os aspectos comportamentais e subjetivos dos sujeitos envolvidos e que implica em momentos de conversar com outros colegas e pensar coletivamente sobre a rotina do trabalho o que nos lembra a ressalva de Fazenda (2002) sobre o conceito quando afirma que a interdisciplinaridade é uma nova atitude diante da questão do conhecimento, de abertura à compreensão de aspectos ocultos do ato de aprender e dos aparentemente expressos, colocando-os em questão. Exige, portanto, na prática uma profunda imersão no trabalho cotidiano.

Nestes outros discursos se evidencia que os participantes entendem que a interdisciplinaridade está relacionada às relações e que dependem de certa maneira do exercício individual para a busca de outra profissão, enfatizam questões como disponibilidade, troca e vontade como elementos conceituais para a prática interdisciplinar.

A primeira palavra que eu pensei assim é a disponibilidade, mas no sentido de troca. A pessoa está disponível, está presente na unidade entendeu? Depois eu acho que tem que ter essa coisa de disponibilidade que eu acho que tá junto com esse raciocínio que eu tô tendo, da troca. De você estar disponível para: que é uma coisa sua, eu to disponível, apesar de todos os problemas que estão passando no planeta terra, eu estar ali disponível naquele momento pra isso, às vezes eu acho que falta também um pouco disso. Ou porque eu não tô bem, então eu não consigo fazer isso ou porque eu tô muito cansada né? Então essa coisa de não, agora eu to focada e vamos sentar e tentar tirar o melhor disso, de todo mundo, o que a gente pode tá fazendo em termo de troca. Às vezes a pessoa quer às vezes a pessoa não quer. Uma das coisas também que falta é capacitação. (Ártemis)

Vem o conhecimento e vontade, vontade de estar aqui, porque quando você não quer (...) muita gente já chega aqui sem vontade e aí chega aqui achando que é um apêndice. Ah...vou trabalhar aqui, só três horas.... um apêndice? Mas é o seu trabalho, eu faço isso!!! Você não é um Fisio, um Enfermeiro, um Psico, da Serfis, aqui eu venho, passo 3, 4 horas, mas eu sou profissional lá, eu sou aquilo fora daqui, mas o que

você é aqui? Importa pra mim o que você é aqui. O que você é fora é com a sua vida. Conhecimento das áreas daqui. Prioridade, Priorização, da seção. (Héstia)

Estes relatos se aproximam da ideia de Arruda; Tura (2002) que afirmam que a interdisciplinaridade implica em esforços de inter-relação, pois os conhecimentos científicos e os avanços técnicos mostram-se as vezes insuficientes para abarcar a complexidade da área da saúde e que se apresenta como um elemento que potencializa novas leituras e encaminhamentos dos problemas. Trabalhar de forma interdisciplinar significa a possibilidade de trabalhar conjuntamente, respeitando as disciplinas específicas, mas buscando solução partilhada para a complexidade das pessoas, de suas demandas e das demandas do trabalho, tarefa esta que depende também dos trabalhadores.

No entanto, esforços somente individuais talvez não contemplem uma prática interdisciplinar uma vez que é necessário também um projeto institucional que viabilize essa construção, pois a interdisciplinaridade não pode ser vista apenas como um somatório de ideias e conceitos (MENDES, LEWGOY, SILVEIRA, 2008; VILELA, MENDES, 2003), ela se constrói em cima de uma realidade muito concreta, ou seja, no âmbito das práticas, dos cotidianos, das demandas e necessidades.

O conceito da interdisciplinaridade muitas vezes é utilizado com outras finalidades ou junto a outras terminologias, chegando a ser usado como sinônimo da multidisciplinaridade, por exemplo, como veremos a seguir.

3.2 Multi ou Inter: que atendimento fazemos?

Diante da temática, ainda a respeito da interdisciplinaridade, a equipe questiona-se sobre a própria prática e o trabalho exercido na unidade e afirmam que por vezes o trabalho é mais multidisciplinar do que interdisciplinar. Parecem recorrer à própria trajetória profissional dentro da unidade como maneira de recordar-se das construções elaboradas até aquele momento e de questionarem o próprio papel na equipe.

(...) eu fico pensando que gente está inter muito próximo do multi, mesmo na equipe (e aponta para si mesmo) acho que esse inter podia ser muito melhorado. (Atena)

Me surpreende quando as pessoas falam e eu já falei até com outro profissional aqui mesmo... Eu não acho que é interdisciplinar, eu não acho, acho que é multiprofissional sim, multidisciplinar, interdisciplinar ainda

não chegamos! Acho que é legal chegar. Tivemos algumas tentativas difíceis. (faz expressão de que foi “muito difícil mesmo”) não chegamos na minha avaliação. (Hera)

Para Meireles e Lorenzini (2005), no cotidiano dos serviços de saúde, pela própria complexidade, presenciam-se muito mais encontros multidisciplinares, nos quais os profissionais permanecem com práticas individuais e distanciadas, do que um trabalho interdisciplinar. Esta talvez seja uma questão que se confunde pela própria implicação do termo, do conceito e do fazer em serviço. Uma questão que traz como desafio à unanimidade de percepções se considerarmos a subjetividade de todos os envolvidos na equipe, em sua diversidade e possibilidade de olhares frente a uma mesma situação como observamos na fala de Apolo:

(...) teve um momento em que nós não éramos interdisciplinares, nós éramos multidisciplinares e nós fomos construindo com a equipe essa interdisciplinaridade (...) eu acho que na multi cada um faz o seu trabalho e aí se eu achar que eu posso, eu solicito outro trabalho e na inter não, tá sempre se relacionando. (Apolo)

O relato de Apolo evidencia que a interdisciplinaridade pode ser um processo construído a partir da dinâmica das relações não somente das disciplinas, mas também a partir do movimento e da necessidade das pessoas envolvidas, como sugere Torres, (1998) quando afirma que a interdisciplinaridade é fundamentalmente um processo e uma filosofia de trabalho que entra em ação na hora de enfrentar os problemas e questões.

Segundo Peduzzi (2001) a interdisciplinaridade não guarda relação direta com a multidisciplinaridade, expressa na multiprofissionalidade, mas é uma prática que expressa a possibilidade de integração das disciplinas científicas. Desse modo, a mediação entre a bagagem do conhecimento acadêmico e a do saber prático refletido é o desafio a ser enfrentado pela multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade, cada uma delas dentro de seu escopo, na construção de caminhos que visem abarcar as diversas dimensões do objeto em saúde. Podemos, ainda, supor que a sobreposição de interdisciplinaridade e multiprofissionalidade se façam devido ao fato de que é no interior das equipes que se processa o alinhamento acerca da significação dos fenômenos trabalhados.

Por outro lado, as falas dos participantes Ares, Héstia, Hera e Ártemis poderiam sugerir certo viés histórico da saúde no que se refere à participação da medicina na equipe multiprofissional de forma articulada com as demais especializações e que se reproduz no interior do trabalho.

Só não funciona interdisciplinarmente aqui com a Medicina, aí é multidisciplinar, não tem inter.(...) o médico a gente pede alguma informação como se fosse uma prestação de serviço pro atendimento, mas dizer que tá dentro do processo de atendimento do dia a dia, não. (Ares)

Pode ser que a demanda chegue mais pra uma área, mas em termos de importância isso não existe. É mais difícil ainda de você colocar, num âmbito maior quando você passa pro setor médico, concordo em gênero número e grau, que até um tempo atrás médico no Brasil era Deus. O senhor todo poderoso que não errava. Não sei se na medicina tem, não sei se tem e eles não entendem, ou não tem. Modelo biomédico (faz gesto com a mão de olhar “fechado”). Nesse sentido da Serfis, os nossos médicos são mais antigos, com certeza acho que eles não tiveram, mas mesmo assim eles têm essa cultura que é pra chegar (e aponta pra si). Eles se abrem pra gente perguntar, pra encaminhar, pra atender, mas junto com a gente não tá. (Héstia)

(...) A nossa troca não existe. Qual é a nossa troca? É via... (faz gesto de quem escreve) ”acabaram as sessões de fisioterapia. O senhor continua com dor? volta no seu médico.” É essa troca que existe! E não é verdade, todo mundo sabe disso, eles erram como qualquer outro profissional. Estão em aprendizado como qualquer um de nós e fica difícil a rede, aí sim eu concordo porque existem aquelas pessoas que não sabem trabalhar em equipe, né? (Ártemis)

Fiquei pensando, comecei a pensar na equipe multiprofissional que eu ainda acho que é mais ou menos por aí como eu disse, então acho que o saber não é determinante, ajuda a pensar, a refletir, mas não é determinante se a pessoa não tiver disponível, pode ser o melhor médico do mundo, se ele não quiser (...). Em nenhum momento a gente fala de interdisciplinaridade com médicos, porque eles são, eles são uma entidade a parte é como se fosse, porque isso que é difícil, acho que com a equipe a gente vai tentando se acertar. (Hera)

Neste contexto, o modelo de atenção na figura do médico ainda permanece entremeado na estrutura do sistema de saúde brasileiro o que poderia ser considerado um dos obstáculos para a efetivação de um trabalho interdisciplinar, pois para tal, existe a necessidade de se romper com uma prática ainda fragmentada, fruto de formação disciplinar e de valorização das especializações, bem como da própria forma como o trabalho na área da saúde tem se estruturado visando à abrangência dos cuidados inclusive para atender ao que preconiza o Sistema Único de Saúde, ao apontar a integralidade como um dos pilares de sustentação da atenção à saúde.

Algo que Ceccin (2012, p.271) aponta neste texto e que poderia estar associada à formação, mas também reforçada no cotidiano dos serviços.

O problema da fragmentação do conhecimento, comum nas ciências e na educação superior se acentua na área de conhecimento da saúde, território de profissões fortemente regulamentadas, de grande rivalidade pela reserva de mercado, de forte disputa no domínio privativo de competências profissionais e de concorrência pelo prestígio nas ocupações. (...) Essa fragmentação reconhecida não é corrompida pelas práticas disciplinares ou corporativas, todas elas cordiais com o biologicismo e a medicalização ou ao que se convencionou chamar biomedicalização. É nessa medida que cai por terra uma singular ciência da saúde, plural, multiprofissional e interdisciplinar, por uma ciência biomedicalizadora (médico- centrada, biotecnológica, biofuncional, médico- hegemônica).

Além da questão da formação e do enraizamento histórico podemos citar também as relações de disputa e poder no contexto das equipes de saúde, dos papéis sociais que cada um

executa e talvez porque seu objeto de trabalho muitas vezes se emaranhe. De toda forma são pessoas com seus diferentes saberes e histórias que se encontram ou desencontram em algum momento para cuidar de outras pessoas com necessidades de saúde e junto a isso, inseridos, todos num grande sistema que implica o gerenciamento dos serviços e a tentativa de promoção de saúde.

Segundo Tavares, Matos e Gonçalves (2005) um grupo interdisciplinar constitui-se pela reciprocidade e enriquecimento entre os envolvidos. Nele, as relações de poder entre os campos tendem a ser horizontalizadas, de modo que, embora uma disciplina possa ocupar a maior posição hierárquica, geralmente pela referência a sua temática, deverá sempre atuar como integradora e mediadora das discussões.

De outra forma um grupo multidisciplinar atua de forma a fazer a manutenção das práticas profissionais individuais, o que por si mesmo, já distância do trabalho interdisciplinar, (LOCH-NECKEL *et. al.*, 2009).

Para Peduzzi (2001), os profissionais das diferentes áreas, médicos e não-médicos tendem a reiterar as relações assimétricas de subordinação, mesmo com discurso crítico acerca da divisão e da recomposição dos trabalhos. É possível observar a existência de tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho, com tendência de isolamento dos profissionais em suas especialidades e competências. Então, a multiprofissionalidade por si não é condição suficiente para garantir a recomposição dos trabalhos, uma vez parcelados, em direção de atenção holística, integral.

O trabalho de uma equipe multiprofissional poderia expressar a possibilidade de integração das disciplinas, pois elas se apóiam se operacionalizam e refletem no fazer cotidiano, no entanto, apesar de ser correto considerar a saúde como campo transdisciplinar, pela complexidade de seu objeto, ao observarmos os serviços de saúde que contam com atendimento de equipe multiprofissional, percebemos que a organização de serviços ainda se faz de forma fragmentada ou pelo menos esta seria a percepção de alguns, neste caso.

A partir disto, percebe-se que existe certa tensão entre a tentativa de integração nos processos de trabalho e a permanente fragmentação dos serviços e suas estruturas, aspectos estes que podem ser reforçados pela angústia da impotência frente às fronteiras do próprio saber e pelo sentimento de solidão que poderia surgir diante de casos e situações nos quais os profissionais percebem-se limitados em seu conhecimento.

Outra questão que baliza a concepção da equipe sobre a interdisciplinaridade diz respeito aos atendimentos realizados na unidade, a relação dos profissionais com os usuários atendidos bem

como demonstra que a demanda trazida por estes pacientes é um agente norteador para uma conduta que eles consideram como sendo interdisciplinar.

O que para alguns poderia ser motivo para buscar uma integração em equipe interdisciplinar, no sentido de se criar redes de saberes, para outros pode ser fator paralisante levando, portanto ao isolamento em núcleos de competência como podemos entender nos relatos de Dionísio, Apolo e Ares que demonstram que embora exista o desejo de oferecer resolução para as diferentes situações que se apresentam nos atendimentos, a oferta de um tratamento somente individual e focado nos conhecimentos de cada um, acabam gerando certa angústia, diante das limitações que esta condição carrega em si.

A gente acaba se envolvendo com quem a gente acompanha nesse dia a dia, com quem tem uma perna amputada (...) eu quero ver essa pessoa andando, eu quero ver essa pessoa reabilitada e às vezes você não consegue ter o sucesso que você espera e às vezes você pensa até em querer “dar o teu cabelo”. (Dionísio)

(...) a cada três meses eu vejo a mesma pessoa aqui dentro, com o mesmo problema. Ontem mesmo passei por isso, um cara que já passou por vários colegas meus, de outras especialidades, deste horário e eu pergunto: E aí... tá tudo bem? Você tá melhor? Paciente: Nada. Mas ele tem outros componentes né? Mas nem 10%? Paciente: Nada. E você deu o melhor que você tinha. Você faz um aparelho e é psicológico o aparelho é o placebo, pra mim hoje é placebo, mas precisa desse placebo em determinado momento e você deu todo o seu conhecimento e não adiantou nada, ele não quis e aí eu acho que você senta na sua cadeira e corta sua unha (fazendo referência ao vídeo o último tricô). (Apolo)

(...) quando a gente tem um probl... (interrompe) a gente só tem uma forma de lidar com as coisas, a gente tenta adaptar os problemas a nossa capacidade e não adaptar a nossa capacidade ao problema e às vezes a gente não tem condição às vezes de solucionar um, de lidar com determinado assunto...só com os recursos que a gente tem disponíveis internamente certo? Por exemplo, sou Psicólogo e pra mim vou olhar tudo que acontece e falar: “Ah,...isso é psicológico”.Poderia fazer assim e eu acho que eu não faço isso, tem muita gente que faz entendeu? Eu acho que é sobre isso assim o que tá acontecendo ali, ela tem aquela ferramenta (faz gesto do tricô) e ela só sacou que a ferramenta... é...ela tava usando a ferramenta e quando não dava mais ela teve que partir pra uma outra porque foi forçada, porque a tesoura, a linha não resolvia a questão. (Ares)

Os relatos sugerem que existe uma necessidade de reinventar-se cotidianamente e buscar novos instrumentos de trabalho e também internos não somente para atender melhor àqueles que procuram o serviço, mas também como forma de tentar compreender os sentimentos que surgem diante da recusa do outro frente a um tratamento ou mesmo diante daquilo que se reconhece como uma limitação da especialização que podem oferecer.

Demonstra que existe a medida do que é humano dentro da racionalidade técnico-científica e que as questões da interdisciplinaridade podem ter surgido a partir de uma necessidade da própria ciência de resgatar a unidade de seu objeto e os vínculos de significação humana (JAPIASSÚ, 1976).

De outra forma, a fala de Perséfone indica a necessidade de deslocar-se e aproximar-se de outro quando existe o reconhecimento de que os próprios recursos já não respondem mais aos problemas que se apresentam, exigindo assim, uma busca por outros saberes. Neste sentido, Aguilar-da-Silva *et.al.* (2011, p.175) enfatizam que “a competência de cada profissional, isoladamente, não dá conta da complexidade do atendimento das necessidades de saúde, portanto, é necessário flexibilidade nos limites das competências para proporcionar uma ação integral”.

Não sei se é porque eu vou atrás, pergunto pra fisio: "E aí que 'ce' faz"? (...) eu já to apertada na minha área e preciso de uma luz, não sei se o inverso é verdadeiro, não lembro, mas acho que a fisio já veio perguntar pra mim também. (Perséfone)

Alguns dos profissionais enfatizam que o direcionamento do trabalho e o atendimento que irão realizar se articula com a necessidade do usuário e isto é um elemento norteador para o que o trabalho seja multidisciplinar ou interdisciplinar. A partir destas necessidades organizam-se de forma a buscar outras disciplinas.

(...) a clientela faz diferença porque uma clientela de ortopedia, por exemplo, não necessariamente vai precisar de outros profissionais. (...) quando a Fisio sente que precisa de outro profissional junto aí eles vêm, pedem a parceria as vezes o caso nem é tão complexo, mas o Fisio já me solicita no sentido de complementar e isso faz com que a pessoa saia mais rápido daqui (...). Depende muito da demanda que o paciente trás, mas antes de mandar pra fora a gente pergunta aqui como faz. (Atena)

Aqui eu trabalho com todos independente da área. Busco todos. A minha área é uma área que quando a pessoa chega pra mim já sem falar eu acho que é o sofrimento maior do que puxar a perna. (...) mas vamos atrás do que precisa, o que é possível é feito o que não é lamento. Porque não depende só de mim né? (Perséfone)

Ártemis e Atena parecem associar a questão da interdisciplinaridade a partir da necessidade do serviço ou ainda de acordo com o tipo de serviço prestado aos pacientes. Enfatiza que o atendimento de neurologia é um atendimento que demanda um número maior de profissionais de diferentes áreas. Diferente da ortopedia, que eles julgam ser um trabalho mais solitário e exceto diante da necessidade dos pacientes seria estabelecido uma relação interdisciplinar. Habitualmente, segundo os participantes esta aproximação se dá na maior parte do tempo com o profissional de terapia ocupacional, pela proximidade do atendimento e da necessidade.

O grupo de neuro que eu acho que é interdisciplinar, eu realmente acho que funciona efetivamente porque é um grupo que consegue ter os profissionais de todas as áreas (...) a parte de ortopedia que realmente é um aparte mesmo porque de vez em quando a ortopedia funciona mais com Fisio mesmo, então de vez em quando tem uma troca, mas eu olho assim a unidade, quando se precisa, quando se tem uma necessidade até de se discutir né? Então assim, funciona dentro de uma necessidade. (Ártemis)

Da Orto que vem pra T.O. é muito quando é mais complexo o caso, quando a Fisio sente que precisa de outro profissional junto. Aí eles vêm, os outros profissionais e faz a inter... Às vezes o P. vem e pede a parceria as vezes o caso nem é tão complexo, mas o P. já me solicita no sentido de complementar e isso faz com que a pessoa saia mais rápido daqui.(...) Existe a psicologia entrando na ortopedia também. Porque quando a gente percebe que é uma demanda dessa ordem que está interferindo então a psicologia tem entrado mais na ortopedia..., mas o “grosso” fica com a Fisio que é uma pressão muito grande no sentido de: “olha tem que tirar a fila de espera...olha o usuário que está ficando...na lista, etc. (Atena)

Para Fazenda (2012), quando vivenciamos o cuidar dos outros se realiza um intenso esforço que movimenta o lado de fora, nosso entorno e aquilo que se encontra orbitando sob nossos valores e conjecturas de mundo. A chave que é movida nesta ação é a humildade diante do conhecimento e história de vida do outro. Surge, então, um dinamismo mais amplo do conhecimento do que somos e para onde estamos caminhando.

Esta outra fala reconhece a importância do atendimento interdisciplinar para o paciente, mas destaca que isto demanda maior trabalho por parte dos profissionais:

Tem também a satisfação do paciente, se o negócio for só multidisciplinar ele vem várias vezes, quando a gente faz inter já faz tudo de uma vez, entrevista, avaliação (...) e eles gostam de falar: fizeram uma junta. Meu problema é tão complexo que fez uma junta médica (...) o atendimento interdisciplinar não é melhor pra gente, porque dá muito trabalho, mas é melhor pro paciente. (Ares)

Observa-se nestes discursos, que a impermanência do cotidiano em serviço revela-se de maneira contundente e que isto pode trazer movimento a uma prática muitas vezes engessada, seja pelo cansaço ou pela desesperança, ou ainda por terem acostumado-se a agir sempre de uma mesma maneira. A necessidade do outro, a diferença do outro, a urgência do outro, provoca em cada um destes profissionais, novos olhares e condutas frente aos atendimentos em saúde como podemos perceber nesta afirmação de Gomes, (1997) quando diz que a experiência interdisciplinar possibilita o contato com diferentes referenciais e estruturas, enriquecendo o saber e trazendo novas formas de cooperação e comunicação entre os profissionais e entre estes e o usuário.

Tal prática, no entanto é um desafio, pois implica em outras questões que ultrapassam somente as relações entre profissionais e usuários, ou entre os diferentes saberes reunidos em uma unidade de saúde como observamos na fala de Héstitia:

O atendimento da tarde que é o único atendimento multi que a gente tem na Serfis, tipo assim: entrou todo mundo vai olhar, todo mundo vírgula, todo mundo olha quem? O serviço social olha, mas quando a gente pede, tem muita coisa pra fazer, ta fazendo outra coisa. A medicina não olha, se a gente pedir vai olhar, mas é “se” a gente pedir, junto em avaliação multi ou inter que é o que a gente ta falando aqui isso não há. Não há participação de alguns setores da Serfis é isso que a gente quis dizer. Tem a representante da fisio, tem a representante da fono, da enfermagem, a T.O, da Psicologia, a gente tenta por todos os meios fazer isso, mas quebra alguma coisa não tem como, um faz de um jeito, outro faz de outro, um não tá tão aberto pra

algumas coisas, o outro tá mais. Existe um respeito do trabalho do profissional, existe, mas conseguir fazer junto às vezes não dá, o tempo não dá, o processo não dá. (Héstia)

Este discurso parece ir ao encontro das ideias de Vasconcelos (1997) ao destacar que nas práticas multidisciplinares e/ou pluridisciplinares há uma perspectiva de diálogo muito restrita entre profissionais e suas práticas e uma relação de poder expressa a partir da hierarquização dos saberes. Diferente disto a prática interdisciplinar exige reciprocidade e enriquecimento mútuo entre os campos implicados, democratizando as relações de poder entre as diversas profissões.

3.3 Trabalho em equipe

É na minha disponibilidade permanente à vida que me entrego de corpo inteiro, pensar crítico, emoção, curiosidade, desejo, que vou aprendendo a ser eu mesmo em minha relação com o contrário de mim. E quanto mais me dou à experiência de lidar sem medo, sem preconceito, com as diferenças, tanto melhor me conheço e construo meu perfil. (Paulo Freire)

O trabalho em equipe é apontado pelos profissionais como um desafio para a prática da interdisciplinaridade. Parecem reconhecer que a subjetividade de cada um e os valores que trazem consigo são elementos preponderantes para que o processo interdisciplinar ocorra e que este seria fator desafiador na complexa construção do trabalho. A equipe sugere que isto demanda muito esforço, desperta sentimentos e exige de cada profissional certo desprendimento e deslocamento do lugar comum como demonstram as falas de Ares e Hera

(...) Inter sempre foi mas nem todo mundo aguenta né? Tem gente que só tá aqui e não aguenta falar com as outras profissões. Tem gente que não quer. (Ares)

(...) fica muito mais suscetível o trabalho interdisciplinar aos nossos próprios humores a gente fica de mau humor e a gente não quer fazer mais, dá o maior trabalho ter que ir conversar, aí depois passa. (Ares)

É difícil alguém estar em aberto pra fazer a inter... ahhhh... Vamos ficar, aí o outro chega, não chega, isso não rola é uma equipe muito antiga, isso quando eu vim pra cá, eu falei: Gente tem que rodiziar. A pessoa nasceu aqui vai morrer aqui, pelo amor de Deus que isso? (...) então os papéis são cristalizados como eu sempre costumo falar. Quem trabalha e não trabalha quem enrola e não, quem fala e não faz quem fala e faz quem vai lá pra cima, quem é puxa saco, quem entrega, é muito tempo, é quase a aposentadoria toda, são quase os 30 anos. (Hera)

As dificuldades para se trabalhar em equipe com vistas à interdisciplinaridade como apontado nestes discursos remetem mais uma vez à questão humana e suas oscilações. Remetem ao esforço cotidiano para os encontros e a percepção dos movimentos necessários nesta direção, a entrega e ao conhecimento com emoção e curiosidade como bem nos lembrou Freire para que na relação com o contrário possa conhecer-se a si mesmo.

Ferreira (2004, p.346) “diz que o encontro é o ato de encontrar e encontrar é deparar com, defrontar-se, atinar com, achar.” Curiosamente, o sinônimo de encontrar também é chocar-se, ir de encontro é choque, encontrão. Desta forma, nos encontros possíveis dentro das equipes de trabalho de uma maneira ou de outra, conflitos ocorrerão e as diferenças em algum momento se apresentarão.

Nesta outra perspectiva entende-se que a fala de Héstia reconhece a existência de uma equipe que possui todas as disciplinas/profissões necessárias para um atendimento múltiplo, mas também que o simples agrupamento de diferentes áreas profissionais no mesmo local, não constitui um trabalho em equipe nem é suficiente para garantir a atenção integral (SCHRAIBER *et. al.* (1999).

Interdisciplinar sim, coesa é diferente. Tem recepção, tem administrativo, tem Fisio, tem Neuro, tem medicina, tem serviço social, tem tudo, então interdisciplinar ela é, mas que faltam algumas ligações isso falta. Pra ter equipe tem que ter boa vontade, querer trabalhar, querer se inserir, querer saber o que tem aqui dentro, querer saber o que tem mais de Neuro, o que tem mais aqui dentro de ortopedia, o que tem mais de respiratória, de cardiologia, hipertenso tá aqui...é nosso. (Héstia)

Esta outra fala a seguir também aponta sobre a dificuldade de se trabalhar coletivamente e sobre as exigências pessoais que são convocadas na medida em que o trabalho em equipe se faz necessário, no entanto salienta que este convívio torna o trabalho vivo, algo que faz lembrar as ideias de Merhy e Feuerwerker (2014) ao afirmarem que quando provocados e desafiados pela complexidade das situações os trabalhadores ampliam as possibilidades de se mobilizarem a produzir equipe, pois nessas situações é que vale a pena o esforço da articulação e da interdisciplinaridade.

(...) trabalhar em equipe é com o perdão da palavra, um puta de um trabalho e às vezes é um porre, mas acho que vale muito a pena porque tem tudo isso, porque realmente acho que agiliza muito. (...) eu gosto da “muvuca” da equipe, eu acho que isso me mantém viva na verdade. Não consigo me imaginar num consultório é muito seco pra mim. (...) acho que a equipe interdisciplinar... ela é viva! (...) é difícil, mas eu acho que é o que dá resultado, como você (e aponta para R.) diz economiza e agiliza e acho que onde a gente sai dessa questão da solidão. (Atena)

Ao ser inserido em equipes de trabalho, o sujeito não se destitui de seus valores ou de suas construções. Na perspectiva de Morin (1991) é na relação com o outro que o sujeito é capaz de se superar, modificando-se e ao seu meio num processo de auto-organização, a partir de sua dimensão ética que reflete seus valores, escolhas e percepções de mundo.

Se há sujeitos envolvidos, há um universo de relações, assim, despertam-se sentimentos dos mais diversos dentro do espectro da condição humana a partir destas relações e que podem reverberar nos atendimentos aos usuários, o que também implica em uma relação. Merhy (2002) refere-se à expressão “encontro de subjetividades” para expressar a ideia de que dois ou mais sujeitos, carregando suas subjetividades, se encontram e exercem suas influências uns nos outros, o que também é partilhado por Campos (1997) que parte do princípio de que não é possível definir-se um sujeito apenas a partir dele mesmo, uma vez que estão imersos em uma rede de relações, de constrangimentos e de conflitos. Assim, quando se abordam as relações de trabalho humano, há que se lembrar que o desenvolvimento das tarefas, depende do outro e a convivência diária tanto facilita quanto dificulta a produtividade do trabalhador, dependendo do grau de empatia entre as partes.

Estas falas também parecem expressar o que canta Gonzaguinha em Caminhos do Coração, no trecho que segue:

*E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas.
E é tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá
E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho por mais que pense estar.*

Existe, portanto a evidência de que relacionar-se é, sobretudo um exercício individual de deparar-se consigo mesmo em suas potências e limitações, mas também um exercício que deve ser realizado na coletividade, pois o encontro com o outro, com “tanta gente” como canta Gonzaguinha, é o que cria em cada um as marcas necessárias para o desenvolvimento, é o que impulsiona a busca de novos recursos para continuar se relacionando.

De outra forma, outro profissional sugere que trabalhar em equipe, estaria associado a um trabalho interdisciplinar a partir dos conhecimentos técnicos que um profissional poderia oferecer a outro:

(...) a gente também, um dá assessoria técnica pro outro né? Então nesse ponto nós somos (inter), a equipe funciona. (Dionísio)

O trabalho em equipe, quando visto como processo, demanda o repensar dos papéis e das relações de poder uma vez que cada trabalhador envolvido é detentor de valores e ideias a respeito de como o trabalho deve ser realizado e todos os trabalhadores fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, de acordo com seus valores e/ou interesses (FEUERWERKER, 2005) o que fica evidenciado na fala de Héstia:

Até pela disponibilidade de estar junto com os outros, então parte de mim. Eu não estou não é o outro que não está. Porque eu tenho uma menor percentagem nessa interdisciplinaridade? Tem gente que não quer. Então eu acho que tem gente que aprendeu a interdisciplinaridade e têm outros que não querem, eu nasci assim, Gabriela, vou morrer assim e não se mete na minha área. (Héstia)

Toda equipe ao ser formada traz consigo uma vastidão de conhecimentos e de possibilidades para oferecer aos usuários diferentes formas de atendimento a partir de seus saberes e de seu potencial acolhedor e é o acolhimento que valoriza a relação com o usuário e dá também novo significado às relações da própria equipe que têm a necessidade de interagir durante seu processo de trabalho construindo uma verdadeira “rede de conversas” no momento em que realiza a assistência. Essa interação, pautada na experiência cotidiana, gera a troca de saberes e eleva a capacidade do conjunto (PANIZZI e FRANCO, 2004).

Criar uma rede de conversas talvez implique em encontrar caminhos e intercessões, para as aproximações entre a equipe e o conhecimento que trazem consigo apesar das diferenças e desta forma tentar contemplar a complexidade do trabalho em saúde sob distintos olhares, saberes, fazeres. Cooperar uns com os outros para uma finalidade comum: o cuidado (Ceccin 2004). No entanto esta nem sempre é tarefa simples, pois existem outros elementos que atravessam esta questão:

Eu acho que até a própria comunicação da equipe é complicado. São várias pessoas de várias histórias né? A comunicação da equipe é muito difícil. Não porque as pessoas são ruins, não. O pessoal é legal gente! Mas em que medida a gente, o meu trabalho interfere no trabalho da T.? E olha que a gente tem essa proximidade já de muitos anos. Eu consigo passar realmente qual o meu objetivo pra ela e ela consegue passar pra mim? Acho que falta, acho que até por falta de treino nosso. Acho que não é... lógico que falta um pouquinho da motivação que eu entendo! Acho que a equipe funciona, mas acho que o que falta realmente é arrumar um mecanismo da gente falar a mesma língua ou pelo menos entender que a fala do outro é diferente e isso tudo bem. Não ficar naquela pseudo de que é tudo a mesma equipe, não é! São várias pessoas, são várias dinâmicas, são vários saberes né? (Hera)

Eu acho que a equipe (pausa) olha se tinha uma coisa que eu me orgulhava aqui eram as pessoas, ficava muito estressada de ver um material da época do Cabral com profissionais tão bons tentando dar o que eles podem. (...) não é diferente por causa de recurso, por causa de disponibilidade de todos nós e pra nossa unidade eu diria em termos de mais... Talvez mais interação, de ser uma coisa mais multi né? (Ártemis)

Merhy (2004) e Ceccin (2005) entendem que desperdiçamos muito de nossa potência e capacidade de gerar tecnologias relacionais em saúde, a partir do trabalho e este seria o maior patrimônio e o principal recurso para a superação de constrangimentos e de um modelo de atenção à saúde, que não satisfaz o trabalhador porque não gera alegria, portanto ou constituímos equipes multiprofissionais, coletivos de trabalho, lógicas apoiadoras e de fortalecimento e consistência de práticas uns dos outros nessa equipe, orientadas ou colocamos em risco a qualidade de nosso trabalho porque sempre seremos poucos, sempre estaremos desatualizados, nunca dominaremos tudo o que se requer em situações complexas de necessidades e direitos à saúde.

Peduzzi (2001) afirma que é no interior das equipes que se processa o alinhamento acerca da significação dos fenômenos trabalhados. Essa partilha sobre o que significa conhecer é um dos componentes do processo de trabalho e se coloca como um dos pressupostos da interdisciplinaridade, ainda que o trabalho em equipe multiprofissional não equivalha à interdisciplinaridade, mas é uma prática que expressa a capacidade de integração das disciplinas.

Nem todos os momentos vividos numa Unidade de Saúde são interdisciplinares, não se é interdisciplinar o tempo todo e não se é interdisciplinar sempre, com todos os membros da equipe, devido a todas as variáveis e diferenças existentes; desta forma pensar coletivamente sobre o trabalho e sobre as relações poderia ser uma das questões a serem articuladas dentro dos equipamentos de saúde, junto aos trabalhadores, como forma de trazer luz aos sentimentos que permeiam as relações e a realização das partilhas necessárias para a construção de um trabalho efetivamente interdisciplinar, pois a interdisciplinaridade é uma prática processual e dinâmica e que depende da integração e articulação das equipes de trabalho.

3.4 Diálogos necessários

O que as pessoas mais desejam é alguém que as escute de maneira calma e tranquila. Em silêncio. Sem dar conselhos. Sem que digam: "Se eu fosse você". A gente ama não é a pessoa que fala bonito. É a pessoa que escuta bonito. A fala só é bonita quando ela nasce de uma longa e silenciosa escuta. É na escuta que o amor começa. E é na não-escuta que ele termina. Não aprendi isso nos livros. Aprendi prestando atenção. (Rubem Alves, 2003)

Este tema surgiu a partir de uma atividade de encerramento dos encontros que dizia respeito à simbolicamente, utilizando-se de post-its e canetas coloridas, criarem uma árvore dos sonhos, daquilo que desejavam para a unidade (Anexo 5) Durante a atividade algumas falas foram surgindo

e estão aqui registradas, junto àquilo que a equipe destacou como sendo o seu desejo para aquele serviço:

Eu acho que a coesão, junta tudo. Não precisa colocar mais nada, porque na coesão eu tenho essa troca, eu tenho autonomia, conhecimento, aprendizado. (Apolo)

Ah! A volta da reunião às sextas-feiras como um sonho para Serfis. R. você é bom pra fazer isso! E eu escolhi laranja porque é muita energia pra sair a bendita da reunião de Sexta-Feira, porque eu acho que é o pontapé, de algum jeito tem que sair essa espaço. (Atena)

Outros sonhos partilhados foram relatados por Hera:

Vamos olhar tudo então: mais recursos, melhor comunicação, resolutividade, motivação, pessoal feliz e comprometido inclusive coordenação, respeito à equipe, sinceridade, mais recursos (material), harmonia, comprometimento, reconhecimento, salubridade física, estrutural e mental. (Hera)

Uma observação feita pela pesquisadora e pela observadora considera a leveza e a ludicidade percebida na equipe quando solicitada a realizar esta atividade. Foi pedido que contemplassem o que haviam criado e que poderiam a partir disso dizer o que quisessem, ou sentissem vontade.

(...) então agora que eu falei tudo isso, eu to achando que é muito mais Inter do que eu pensei. O sentimento que me vem agora é que nós somos bem mais inter do que o sentimento que eu tinha quando eu comecei o primeiro encontro. E é por isso que a gente precisa desses momentos de conversa pra gente também poder se perceber nisso. (Atena)

Esta fala foi endossada com um gesto de cabeça todo o tempo pelos demais participantes em sinal de concordância e neste momento um dos grupos, mobilizado por um dos integrantes, reforçou a necessidade de resgatar as reuniões que realizavam as Sextas-feiras e alegaram que este era um momento importante para a equipe, pois partilhavam aspectos do cotidiano e casos clínicos, mas também era um momento de encontro e de apoio emocional uns para os outros. Firmaram então o compromisso entre si, de mobilizarem-se para que estas reuniões voltassem a acontecer e o desejo desta pesquisadora é que isto se faça de forma breve, pois como nos diz Galeano (2002 p.15-16):

Quando é verdadeira, quando nasce da necessidade de dizer, a voz humana não encontra quem a detenha. Se lhe negam a boca, ela fala pelas mãos, ou pelos olhos, ou pelos poros, ou por onde for. Porque todos, todos temos algo a dizer aos outros, alguma coisa, alguma palavra que merece ser celebrada ou perdoada.

Outros profissionais reafirmam a importância das conversas como um fator relevante para que ocorra a interdisciplinaridade e parecem reconhecer a potência do trabalho conjunto,

constituído de compromissos mútuos como uma importante retaguarda e um facilitador para a resolução dos problemas no cotidiano do trabalho. Desta forma, é preciso rever o pensamento equivocado de que o profissional chega ao trabalho pronto, acabado, com um arcabouço cognitivo suficiente e definido, como se o processo de formação profissional fosse imune às práticas cotidianas, às situações adversas, ao encontro dos saberes e as disputas de poder (PANIZZI e FRANCO, 2004).

Acho que é uma equipe coesa. São raras exceções, mas acho que o que falta pra ter realmente essa coisa mais dinâmica de ser inter mesmo e a gente se entender e é conversar, é ter momentos como esse daqui. Também não acho: Ah! Vamos fazer reunião pra protocolo (gargalha) a gente não aguenta mais fazer reunião pra discutir protocolo e depois não vai pra prática. E, a gente bate nessa questão da comunicação, porque essa questão da comunicação 'esquizo' tá incomodando todo mundo. (Outros concordam com um gesto de cabeça) (Hera)

Eu acho também que falta essa coisa da equipe que a gente já teve muita reunião gostosa de equipe de discussão de casos pra que isso ocorra de uma maneira que seja motivadora pra todo mundo. Na minha opinião eu acho que além de ter a equipe completa, completa que eu digo assim: desde um médico-referência à toda a equipe junta né.? Por quê? Porque tem hora que precisa de um esclarecimento, não com nenhum cargo de chefia porque somos todos iguais, mas com cada um poder falar um pouco na sua área né? Do que pode contribuir pra aquele paciente. Acho que falta desde a equipe completa que nós não temos mais faz muito tempo até a parte de motivação, das reuniões mesmo. (Ártemis)

Para Franco (2006) pelo fato de os trabalhadores de saúde em atividade abrirem espaços de fala e de escuta entre si, estes espaços relacionais vão mediando seu processo de trabalho e estabelecer relações é um saber intrínseco à atividade laboral como se não existisse uma auto-suficiência no trabalho em saúde, ou seja, nenhum trabalhador poderia dizer que sozinho consegue ter uma resolutividade que seja satisfatória.

Meirelles (2003) compartilha desta ideia quando afirma que é o diálogo contínuo com outras formas de conhecimento de maneira compartilhada e interativa que facilita os enfrentamentos profissionais e a assistência humanizada e cidadã que contribui para melhorar a compreensão da realidade.

Após a atividade e já encerrando os grupos focais, a pesquisadora ousou partilhar com as equipes o seu sonho pessoal e que diz respeito ao desejo de criar espaços de diálogo nos serviços de saúde, a partir das percepções que teve nos meses de convívio com a equipe da Serfis-Zoi. Conta um pouco de sua história como educadora e do seu desejo de poder reforçar as questões da educação na saúde. Diz ainda não saber sobre a potência de o seu desejo ser concretizado porque reconhece as dificuldades, as barreiras no serviço público para que projetos se concretizem, passando pelas questões burocráticas, de vaidade, dos poderes. Diz que ao final da pesquisa e após sua defesa, iria apresentar a Secretaria Municipal de Saúde, um projeto que ela gostaria que fosse

construído junto com a equipe e que tinha a ver justamente com a questão da necessidade de comunicação tantas vezes explicitado por eles. Que não teria uma conotação terapêutica, mas educacional e construído coletivamente.

Explica que em momento algum o projeto viria como uma imposição porque acredita que imposições não trazem sentido, mas que a intenção é um convite àqueles que sentirem-se chamados pra essa conversa. Que não se vê potente para transformar pessoas ou a equipe, mas que acredita que a possibilidade de dialogar sobre o que se faz, de partilhar angústias e acontecimentos, de exercitar a escuta do outro e poder falar sobre si mesmo poderiam trazer um olhar ampliado sobre o cotidiano do trabalho e sobre a relação da equipe e isso talvez transformasse ou não as pessoas. Lembra a fala de Paulo Freire quando diz que a Educação não muda o mundo, a educação muda pessoas e pessoas mudam o mundo fazendo uma analogia de que talvez seja necessário partir do micro para atingir o macro.

Diante disso alguns profissionais trazem o seguinte relato:

Se você pensa nessa construção, nessa coisa de “estar”, acho que isso precisa sim ser feito com a equipe e nascer da equipe mesmo. Junto! Essa sua proposta que eu acho super legal porque se eu pensar, lembrar, acho que tem muita coisa que vem de fora que não ouve a equipe e aí fica aquela coisa: “puxa não nos ouviram”...e aí istoaí não frutifica nem enraíza. (e aponta para a árvore). (Atena)

Eu acho super importante isso que você quer fazer porque nós aqui precisamos disso, de ter esse espaço de conversa, mas acho que tem que vir em outro molde, diferente daquele lá do Psicodrama. (Apolo)

De outra forma, porém:

Primeiro eu acho que se é interdisciplinaridade e a gente vai buscar isso mais pra frente que eu também acredito que seria a solução destas equipes grandes que atendem o mesmo paciente vocês tem que prestar atenção, primeiro se a equipe está motivada a mudar. Primeiro, senão: “ah... tô aposentando dane- se, ah...não tenho mais saco, não tenho mais saúde”. Se queremos, o que queremos e de que jeito queremos. Senão não tem sentido. Porque eu sou mais velha na prefeitura e assim, já tive, não dá em nada, dá um mal estar, a coisa não anda, a pessoa vai lá e se aborrece. (Hera)

Esta fala se articula com a ideia de Gallo (2008) quando afirma que não basta implementar parâmetros, diretrizes, política de educação permanente, o importante é lançar as sementes, desterritorializar os saberes, fugir do domínio historicamente pactuado, seja do mundo ilustrado da educação, seja do mundo pragmático do trabalho, para ocupar o ‘inter’, o meio, o *intermezzo*, e de dentro da máquina opor resistência.

Observa-se que a participação ou não de médicos nestes encontros é ponto nevrálgico para as equipes, porque embora um dos profissionais da medicina tenha participado da pesquisa em um

dos grupos esta foi uma fala recorrente de todos os participantes em algum momento durante os encontros como já vimos anteriormente e também nesta fala:

Como? Que mágica vai ser feita para os médicos estarem juntos? Porque senão fica uma coisa 'esquizado' de novo e isso também me irrita, um fala uma coisa o outro fala outra, eu tava lá, não foi isso que falaram, o outro não entendeu, tem as subjetividades, tem o que a gente quer ouvir, tem quem tava distraída e, hã? Tem várias coisas. Então acho que vocês têm que ver isso. (Hera)

Estes relatos sugerem reflexões sobre o desenvolvimento dos processos educativos na área da saúde uma vez que as propostas de Educação Permanente em Saúde requerem que seus atores se sintam convocados à criação, à abertura e ao coletivo e sob esta perspectiva somos sempre uma potência de afetar e ser afetado, caminhando na diversidade e desconstruindo evidências. Uma criação coletiva significa uma história em que os diversos interesses e as várias visões tenham lugar e possibilidade de expressão (CECCIN 2009, MINAYO 2012).

Diante de pertinentes falas e diálogos necessários e urgentes, é preponderante a reflexão sobre a impossibilidade de se criar a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe de forma coerente por meio da força ou da manipulação; por meio do controle ou da persuasão. Não se consegue estar junto do outro por imposição, nem tampouco fazer com que este permaneça se não houver sentido. Para Bassoli (2015) o diálogo é um lugar de criação de consciência e de compartilhamento de significado. Dialogar não é a busca da uniformização do pensamento. É um lugar onde aprendemos a pensar junto, ainda que diferentemente se necessário e apesar das diferenças. E como diz Rubem Alves lá no início dessa conversa, não aprendi isso nos livros, aprendi prestando atenção. Por prestar atenção, ao final desta dissertação, apresento algumas considerações com a finalidade de contribuir para a possibilidade de se pensar sobre a criação de espaços de diálogo e escuta de qualidade nos locais de trabalho, pensando, sobretudo na possibilidade disso acontecer por meio de construção coletiva.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

(...) Se alguma coisa nos anima a escrever, é a possibilidade de que esse ato de escritura, essa experiência em palavras nos permita liberar-nos de certas verdades, de modo a deixarmos de ser o que somos para ser outra coisa, diferentes do que vimos sendo. (Jorge Larossa, 2004)

Este estudo teve a intenção de investigar as concepções referentes à interdisciplinaridade por parte da equipe de saúde da SERFIS-ZOI e inicialmente tinha-se a ideia de que a formação e o próprio percurso profissional poderiam ser elementos preponderantes para o conhecimento e atuação de maneira interdisciplinar em serviço. No entanto no percurso desta pesquisa outros tantos fatores sugerem que existem diferentes questões que poderiam interferir nesta atuação e que vão além da concepção sobre o termo ou seu significado.

A atuação interdisciplinar poderia depender de uma formação voltada para a interdisciplinaridade, mas os dados mostram que para além das questões individuais de formação e trajetória que os profissionais poderiam levar para o trabalho em equipe, existem outras, articuladas com a organização do trabalho, as políticas de gestão e a maneira como o serviço é constituído que interferem diretamente na possibilidade de uma prática baseada na interdisciplinaridade. Outras forças atravessam este percurso e conduzem para outras direções. O quadro é mais complexo e pode ser um impeditivo de uma prática efetivamente interdisciplinar.

O estudo permitiu constatar que os problemas enfrentados pela equipe da Serfis-Zoi interferem na dinâmica do trabalho e também nos atendimentos realizados, exigindo muitas vezes que os profissionais estabeleçam novos arranjos para realizarem suas atividades diárias. Da mesma forma, constata-se que existe uma necessidade premente de aproximação das propostas da gestão às necessidades daquela unidade e que estes profissionais possam fazer parte das decisões e das construções dos processos de trabalho tentando aproximar o instituído ao real em serviço como possibilidade de viabilizar desejos e de reaproximá-los do resultado do seu trabalho.

Os profissionais da Serfis-Zoi também demonstram que trabalhar em equipe é algo que os exige cotidianamente, tarefa esta que segundo eles, ora acolhe e dá suporte, ora gera desgaste e distanciamento. Sugerem que a comunicação e a disponibilidade são fundamentais para o exercício da interdisciplinaridade que só acontece em equipe, mas que isso também depende além da estrutura física e material, do trabalho em rede e do conhecimento, um exercício individual para estar junto com outros e realizar trocas que ultrapassem as fronteiras do saber. Algo que passa por questões individuais no que tange ao desejo de partilha e convívio, mas que também estão associados à forma como se organizam estes espaços.

O estudo evidencia que trabalhar em equipe de forma interdisciplinar é uma tarefa difícil, que exige o convívio com as diferenças e um repensar sobre a própria conduta. Os profissionais vivenciam a dificuldade de compartilhar saberes e de transitar entre o multi e o inter. Conclui-se também, sem, no entanto esgotar o assunto, que a interdisciplinaridade requer uso integrado de conhecimentos na prática multiprofissional, mais do que a justaposição das disciplinas e dos saberes e deve ser considerada pelo grau de integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os especialistas não bastando somente tomar de empréstimo elementos de outros conhecimentos ou profissionais.

Avaliou-se que parar um tempo da rotina para dialogar coletivamente sobre a dinâmica do cotidiano e os processos de trabalho pode favorecer um repensar sobre as próprias práticas, entender sobre os outros olhares e tentar compreender a dinâmica da unidade bem como partilhar saberes. Algo que nos faz acreditar que estes espaços de diálogo dentro das unidades tornam-se cada vez mais necessários haja vista que os resultados apresentam a comunicação como sendo um aspecto fundamental para o exercício da interdisciplinaridade e o trabalho em equipe.

Esta pesquisa assume suas possibilidades e limitações. Não se encerra aqui, nem pretende dar garantias de transformação. Entende que o diálogo nos espaços de trabalho é uma necessidade que se apresenta de forma contundente, mas que ainda há um longo caminho a ser percorrido. No entanto, espera-se, que a partir desta pesquisa, seja reconhecida e efetivada a criação de espaços e tempos de reflexões a respeito do cotidiano dos trabalhos e das relações interpessoais que nele se estabelecem algo que foi repetidamente manifestado por todos os profissionais envolvidos na pesquisa.

Observa-se a necessidade urgente de se realizar encontros e diálogos pautados em valores fundamentais, éticos, transcendentais e cooperativos, destacando a dimensão saudável dos trabalhadores e suas potencialidades com o intuito de se construir outras redes de significados e encontrar meios para se juntar os saberes e os sentidos.

Como iniciativa pretende-se a partir da escuta e da acolhida dos trabalhadores da Serfis-Zoi, apresentar a Secretaria de Saúde de Santos um projeto de educação permanente em saúde com a proposta de problematizar a realidade vivenciada e com objetivo de criar espaços de diálogos no referido equipamento promovendo um tempo educacional pautado na criatividade, na troca de saberes e partilha, bem como na promoção de saúde dos trabalhadores.

Os resultados não permitem que sejam feitas generalizações ou que se identifiquem conclusões, porém tem a intenção de indicar algumas questões para reflexão que permitam a construção de novas perspectivas nas relações humanas e destas no contexto do trabalho.

Caminhar para o fim desta pesquisa implica relembrar o seu início, quando não sabíamos, como afirmou Larossa no início destas considerações, que escrever seria uma forma de deixar de ser o que vínhamos sendo para ser outra coisa, seria liberar-nos de certas verdades. Implica lembrar o caminho, do início desta pesquisa e sua pulsão primeira, de quando ainda era somente um desejo e que continha em si um ideal, uma forma previamente sonhada.

Rios (1995) afirma que o ideal é o que está por *vir*. É o que se coloca à nossa frente como algo utópico, não no sentido de impossível de existir, mas no sentido daquilo que *ainda não* existe, mas no qual vamos empenhar nossa esperança e nossa ação para realizar e torná-lo real. Talvez este seja um pouco do significado de pesquisar e de colocar-se à disposição do que se apresenta no caminho.

Tornar-se um pesquisador parece ser um abrir-se ao desconhecido, ao inesperado e tentar dar nome a isso, no entanto o sentimento é de que o caminho da pesquisa é um caminho de impermanência, de construção conjunta. Podemos tentar transformar algumas situações, oferecer certa resistência a algumas delas, mas não conseguimos mudar tudo nem tampouco manter tudo sob nosso controle. Faz parte da condição humana e da nossa existência a impermanência e talvez esta seja uma das poucas certezas: a inconstância da vida, contraditória, dialética, mutável.

Neste momento em que reconheço com mais clareza o processo da pesquisa e os meus próprios processos, entendo a afirmação de Larossa: sou outra coisa! E talvez não houvesse outra maneira de ser por que a trajetória, as pessoas, os encontros provocam em nós um convite à mudança. Desta forma permito-me (in) concluir com interrogações, com o desejo de incertezas criativas e de cenas e cenários inquietantes. Eu, marcada e marcante, na caminhada me faço caminhante por vezes certa, por vezes errante, mas quem não?

7. REFERÊNCIAS

AGUILAR-DA-SILVA, R.H.; SCAPIN, L.T.; BATISTA, N.A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Revista Avaliação**. Campinas, v.16, n.1, p.165-184, 2011.

ALVES, R. **O amor que acende a lua**. Campinas: Papirus, 2003. 216 p.

ARRUDA, A.; TURA, L.F.R. Caminhos da interdisciplinaridade na saúde coletiva: trabalhando com as representações sociais. **Cadernos Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p.109-110, 2002.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

AYRES, J.R.C.M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **PHYSIS. Revista saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v.17, n.1, p.43-62, 2007. Acesso em 29/01/2016.

BASSOLI, A. **Sobre o Diálogo**. Disponível em: <http://www.escoladedialogo.com.br/sobreodialogo.asp?id=5> . Acesso em Fevereiro de 2015.

BAUMAN, Z. **44 cartas do mundo líquido moderno**. Rio de Janeiro: Ed. ZAHAR. 228p, 2011.228p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** Lisboa: Edições 70, 2011. 280p.

BARROS, M. **Livro sobre nada**, Rio de Janeiro: Editora Record, 2000, 86p.

BERTUSSI, D.C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. 2010. 234 f. Tese (Doutorado) Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, 2010.

BOFF, L. **A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1997. 208p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde. FIOCRUZ, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde**. 2 ed. Brasília: MS. 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde,2010. 44 p – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Programa de formação em saúde do trabalhador/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRUM, E. A vida se faz nas marcas. **Revista Época**. São Paulo, 04 Ag. 2010. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI161626-15230,00-A+VIDA+SE+FAZ+NAS+MARCAS.html>. Acesso em: 07/02/2015.

CAMPOS, C.J.G. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília (DF), v.57, n.5, p.611-4, set/out 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>. Acesso em: 11/01/2016.

CAMPOS, G.W.S. Sobre a peleja dos sujeitos da reforma ou da reforma dos sujeitos em peleja. **Saúde. Sociedade**. v.1, p. 79-95, 1992.

CAMPOS, G.W.S - Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p.229-266.

CECCIN, R.B. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R e MATTOS, R.A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, p. 259-278, 2004.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.9, n.16, p.161-168, 2005.

CECCIN, R.B. Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: educação, áreas de conhecimento e profissões no caso da saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v.6, n.2, p.253-277, 2012.

CECCIM, R.B.; FERLA, A. A educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n.3, p. 443-456, nov.2008/fev., 2009.

COSTA, R.P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Mental**. Barbacena. v.5 n.8., Junho, 2007, p.107-124.

COSTA, R.K.S.; ENDERS, B.C.; MENEZES, R.M.P. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 4, p.530-536, out./dez., 2008.

COUTO, M. **Terra Sonâmbula**. São Paulo: Companhia das Letras: 2007. 208 p.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, abr./jun. 1986.

DEJOURS, C. Subjetividade, Trabalho e ação. **Revista Produção**, v.14, n.3 p.27-34. Set/Dez., 2004.

DEJOURS, C. **Sofrimento no Trabalho Hoje**: Possibilidades de intervenção e resistência. VII JORNADA SEVREST de Santos, Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, 2015.

FARANI, E.I.V. **Educação física na estratégia saúde da família**. 2009. 89f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós Graduação em Ensino de Ciências da Saúde e Meio Ambiente do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA. Volta Redonda, 2009.

FAZENDA, I.C A. (Org.). **Práticas interdisciplinares na escola**. São Paulo: Cortez, 2001.192 p.

FAZENDA, I.C.A. **Dicionário em construção: interdisciplinaridade**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2002. 275p.

FAZENDA, I.C.A. Diálogos Interdisciplinares em Saúde e Educação: a arte do cuidar Educ. Real. Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 107-124, jan./abr. 2012. Disponível em: http://www.ufrgs.br/edu_realidade. Acesso em Janeiro de 2016.

FERRREIRA, A. B. H. **Miniaurélio**: o minidicionário da língua portuguesa. 6. ed. revista e atualizada. Curitiba: Positivo. 2004. 856p.

FEUERWERKER, L.C.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu. v.9 n.18, p. 489-506, 2005.

FEUERWERKER, L.C.M. (Org.) Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, **Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde**. 2014.174p.

FORTUNA, C.M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde**: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades. 1999, 236f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 1999.

FRANCO, T.B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde**: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde. 2003. 213f. Tese (Doutorado): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** Botucatu. v.11, n.23, p.427-38, set/dez 2007. Acesso em 13/08/2016.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 50 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011. 256p.

FURTADO, J. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** Botucatu. v.11, n. 22, p. 239-255, maio-ago. 2007.

GALEANO. E. **O livro dos abraços**. 9 ed. Porto Alegre: L&PM, 2002. 270p.

GALLO, S. **Deleuze e a educação**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

GUATTARRI, F; ROLNIK, S. **Micropolítica, cartografias do desejo**. 4. Ed. Petrópolis, Vozes, 1996. 326 p.

GOMES D.C.R. (Org.) **Equipe de saúde**: o desafio da integração. Uberlândia: Editora da Universidade Federal de Uberlândia; 1997.

GONZAGA Jr, L. Caminhos do Coração In: **Caminhos do coração**. EMI-Odeon, 1982.1 LP Lado b, faixa 5.

HENZ,A.O. et al. Trabalho Entrepofissional – acerca do comum e a cerca do específico. In: CAPAZZOLO, A.A.; CASOTTO, S.J.; HENZ, A.O. (Org). **Clínica Comum** – itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

IRIBARRY, I. N. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. **Psicologia: reflexão e crítica**, v.16, n.3. p.483-490, 2003.

JAPIASSÚ, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro. Imago, 1976. 224P.

KELL, M.C.G; SHIMIZU, H.E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.15, Supl.1, p.533-1541, 2010.

LARROSA, J.; KOHAN, W. Apresentação da Coleção. In: RANCIÈRE, J. **O mestre ignorante** – cinco lições sobre a emancipação intelectual. Belo Horizonte: Autêntica, 2004, p. 1-38.

LEIS, H.R. Sobre o conceito de interdisciplinaridade. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**. Florianópolis. N. 73, ago. 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/2176/445>. Acesso em: 26 fev. 2016.

LOCH-NECKEL, G.; SEEMANN, G.; EIDT, H.B.; RABUSKE, M.M.; CREPALDI, M.A. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.14 supl.1 p.1463-72, set./out. 2009.

LOIRIERI, M.A – Reforma do pensamento e a necessidade da Filosofia. In: ALMEIDA,C; PETRAGLIA, I. (Org.) **Estudos de Complexidade**. São Paulo: Xamã. 2006.

MANTERO, V.A. **Desfazer-se – Elipse – uma gazeta improvável**: Lisboa: relógio d'água, 1998, p. 2-4.

MEIRELLES B.H.S. **Viver saudável em tempos de AIDS**: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV. 2003. 310f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis, 2003.

MEIRELLES B.H.S.; LORENZINI E.A. A Interdisciplinaridade como Construção do Conhecimento em Saúde e Enfermagem. **Revista Texto e Contexto em Enfermagem**. v.14, n. 3, p.1-14, 2005.

MENDES, J.M.R.; LEWGOY, A.M.B.; SILVEIRA, E.C. Saúde e Interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Revista Ciência e Saúde**. Porto Alegre. v.1, n.1, p.24-32, jan./jun., 2008.

MENESES e ROCHA, A.A.R.; Trajetória profissional de cinco médicos do Programa de Saúde da Família: os desafios da construção de uma nova prática. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**. Botucatu. v.9, n.17, p.303-316, 2005.

MERHY, E.E. CECÍLIO, L.C.O; NOGUEIRA FILHO, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferencias de saúde. CEBES. **Saúde em Debate**. n.33, p. 83-89, 1991.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, E.E e ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. SP: HUCITEC, 1997.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. *et.al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2003, 296p.

MERHY E.E.; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, n. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MERHY, E.E. **O acolhimento na Rede de Serviços.** Seminário sobre Acolhimento. Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo. 12/03/2004.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface: Comunicação. Saúde. Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.172-174 set.2004/fev.2005.

MERHY, E.E., FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C. S e GOMBERG, E. (Org.) **Leitura de novas tecnologias e saúde.** São Cristóvão: UFS, p. 29-74, 2009.

MINAYO, M.C de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da Pesquisa Social. In: **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2001 p.9-30.

MINAYO, M.C. de S. Análise Qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro. v.3, n.17, 2012.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo.** Lisboa: instituto Piaget, 1991

MORIN, E. **O Método 3: o conhecimento do conhecimento.** 2. Ed. Trad. Juremir Machado da Silva. Porto Alegre: Sulina, 1999.

MORIN, E; LE MOIGNE, J. L. **A inteligência da complexidade.** São Paulo: Peirópolis, 2000.

MORIN, E. **Educação e complexidade, os sete saberes e outros ensaios.** São Paulo: Cortez, 2005.

NIDECK, R.L.P e QUEIROZ, P.P. Perspectivas para o ensino na saúde: do apagão educacional à política permanente. **Trab. Educ. Saúde.** Rio de Janeiro. v. 13 n. 1, p.159-179, jan./abr. 2015.

NÓVOA, A. Formação de professores e profissão docente. In: NÓVOA, A. (Coord.) **Os professores e a sua formação.** Lisboa: Dom Quixote, 1995.

OLIVEIRA, E.R.A.; FIORIN, B.H; LOPES, L.J; GOMES, M.J; COELHO, S.O; MORRA, J.S. Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. Espírito Santo, v.13, n. 4, p.28-34. 2011.

PANIZZI, M.; FRANCO, T.B. A implantação do Acolher Chapecó reorganizando o processo de trabalho. In: FRANCO, T.B. *et. al.* (Orgs.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004. p.79-110.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação**. Tese (Doutorado). 1998. 270p. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p.1-11, fev., 2001.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: Pereira, I.B. **Dicionário da Educação profissional em saúde** / Isabel Brasil Pereira e Júio César França Lima. 2. Ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

PINHO, M.C. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências & Cognição**. v.3, n.8, p. 68-87, 2006.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3. ed. São Paulo. Hucitec, 1994. 118.

QUINTANA, M. **A cor do invisível**. Rio de Janeiro. Objetiva, 2012.160p.

RESSEL, L.B, BECK, C.L. C; GUALDA, D.M. R; HOFFMANN, I.C; SILVA, R.M; SEHNEM, G.D. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis. Out-Dez, v. 17, n. 4, p. 779-86, 2008.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.2, p.438-446, 2004.

RIOS, T.A. **Ética e competência**. 2ª Ed. São Paulo, Cortez, 1994.

RIOS, T.A. Ética e Interdisciplinaridade. In: FAZENDA, I.C.A. (Org.). **A pesquisa em educação e as transformações do conhecimento**. 2a ed. Campinas: Papirus, 1995. (Coleção Práxis).

ROLNIK, S. Pensamento, corpo e devir. Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**. São Paulo. v.1 n.2, p.241-251, set./fev. 1993.

SARAMAGO, J. **A Jangada de Pedra**, Lisboa: Caminho. 1986. 320p.

SCHRAIBER, L.B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M.I.B.; CASTANHERA, E.R. L; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.4, n 2, p.221-42,1999.

SILVA, M.P.G.O. Resenha do livro de SOMMERMAN - Inter ou Transdisciplinaridade? Da fragmentação disciplinar ao novo diálogo entre os saberes. **Revista E-Curriculum**. São Paulo - Paulus. Coleção Questões Fundamentais da Educação. v.1, n.2, p.75, jun. 2006a.

SILVA, T.G. A dialética da subjetividade versus objetividade desvelando o movimento de se tornar professor. In: CARVALHO, M.V.C. (Org). **Temas em Psicologia e Educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006 b.

TAVARES, C.M.A.; MATOS, E.; GONÇALVES, L. Grupo Multiprofissional de Atendimento ao Diabético: Uma Perspectiva de Atenção Interdisciplinar à Saúde. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 2, p.213-21, 2005.

THIESEN, J.S. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Revista brasileira de educação**, v. 13 n. 39. Set/dez., 2008.

TORRES, S.J. **Globalização e interdisciplinaridade**: o currículo integrado. Porto Alegre: Artmed; 1998.278p.

VASCONCELOS, E.M. Serviço Social e Interdisciplinaridade. O exemplo da saúde mental. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo. n.54, 1997, p.132-157.

VÍCTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo. 2000.

VILELA E.M; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: um estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. de Enfermagem**. v.11, n.4, p.525-31, jul./ago., 2003.

FILMOGRAFIA

NEUVONEN, L. The Last Knit. Finlândia, 2005. Curta Animado (7 min), sonorizado, colorido, sem legendas. Vídeo: <http://www.youtube.com/watch?v=M6ZjMWLqJvM> / acesso em 16/07/2015.

8. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ALMEIDA, L.S.; FREIRE, T. **Metodologia da investigação em psicologia e educação**. Coimbra: Ed. Lusografe-Braga, 1997.

BOMFIM, L.A. (trad.) Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 777-796, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v.1).

DEMO, P. **Conhecimento moderno sobre Ética e intervenção do conhecimento**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

CARDOSO J.P, VILELA, A.B.A. *et.al.* Formação Interdisciplinar: Efetivando propostas de promoção de saúde no SUS. **RBPS**, v.20, n. 4, P.252-258, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia da Indignação** – cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo. Ed. UNESP. 2000 p.17.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

MORIN, E. **O método IV**: As ideias: sua natureza, vida, habitat e organização. Portugal: Europa-América, 1991.

SARRETA F. de O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

UNIFESP. Universidade Federal de São Paulo. **Normas para teses e dissertações** [internet]. Biblioteca Antônio Rubino de Azevedo, Coordenação de Cursos; 2ª Ed. São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.bibliotecacsp.unifesp.br/Documentos-Apostilas/normas-para-teses-e-dissertações>.

**Anexo 1– Autorização da COMPESIN - Comissão de Projetos de Pesquisas e
Intervenção**



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
Estância Balneária
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

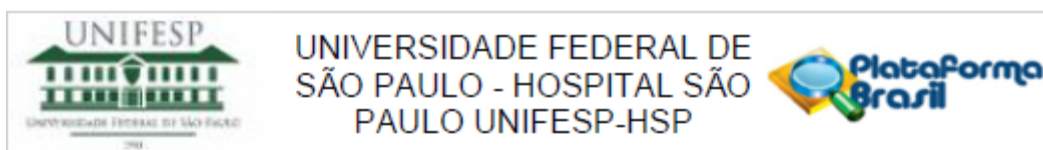
Santos, 25 de fevereiro de 2015.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, por meio da Coordenadoria de Formação e Educação Continuada em Saúde, concorda que a pesquisadora Christianne Fernandes Garcia, realize a pesquisa **“Práticas interdisciplinares e a construção de subjetividade dos profissionais de saúde da Seção de Reabilitação e Fisioterapia”**, após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.

Ana Cláudia Freitas de Vasconcelos
COFORM-SMS

Anexo 2 - Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CONCEPÇÕES DE INTERDISCIPLINARIDADE DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO E FISIOTERAPIA.

Pesquisador: Christianne Fernandes Garcia

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 44497315.8.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.508.467

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda para alteração de título

CEP 466/2015

Objetivo da Pesquisa:

emenda para alteração de título

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

não se aplica

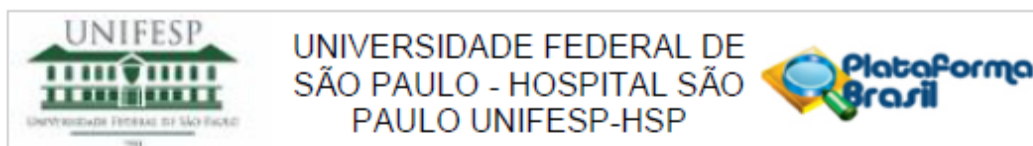
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

justificativa da emenda:

Após exame de Qualificação da pesquisa aprovada sob o título:

PRÁTICAS INTERDISCIPLINARES E A CONSTRUÇÃO DE SUBJETIVIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA SEÇÃO DE REABILITAÇÃO E FISIOTERAPIA, sob o n. CAAE : 44497315.8.0000.5505, foi sugerida pela banca examinadora e aceito por esta pesquisadora bem como por sua orientadora, a substituição do título pelo que segue:

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-081
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1082 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.508.467

CONCEPÇÕES DE INTERDISCIPLINARIDADE DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO E FISIOTERAPIA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

carta do pesquisador com solicitação da alteração

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

emenda aprovada

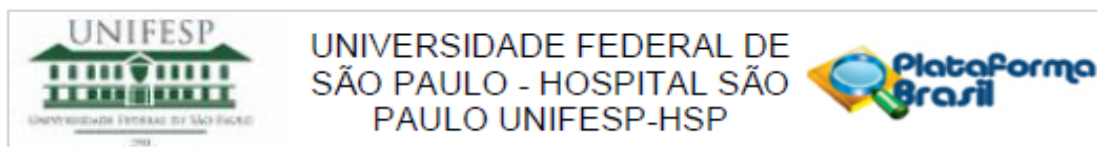
Considerações Finais a critério do CEP:

Sem inadequações - emenda aprovada

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_684529 E1.pdf	12/04/2016 11:42:37		Aceito
Outros	carta.docx	12/04/2016 11:41:29	Christianne Fernandes Garcia	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	12/04/2016 11:40:24	Christianne Fernandes Garcia	Aceito
Outros	ata.pdf	12/04/2016 11:35:31	Christianne Fernandes Garcia	Aceito
Outros	CARTA RESPOSTA.docx	30/05/2015 11:09:14		Aceito
Outros	CARTA COFORM.jpg	30/05/2015 11:08:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO PLATAFORMA.docx	30/05/2015 11:06:29		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE CORRIGIDO PARA PLATAFORMA.docx	30/05/2015 11:05:37		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO PLATAFORMA.docx	30/05/2015 10:58:49		Aceito

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.508.467

Outros	Formulário CEP Profa. Lucia Aluna Chirstianne 17abr15.pdf	27/04/2015 19:18:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	06/04/2015 11:43:07		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

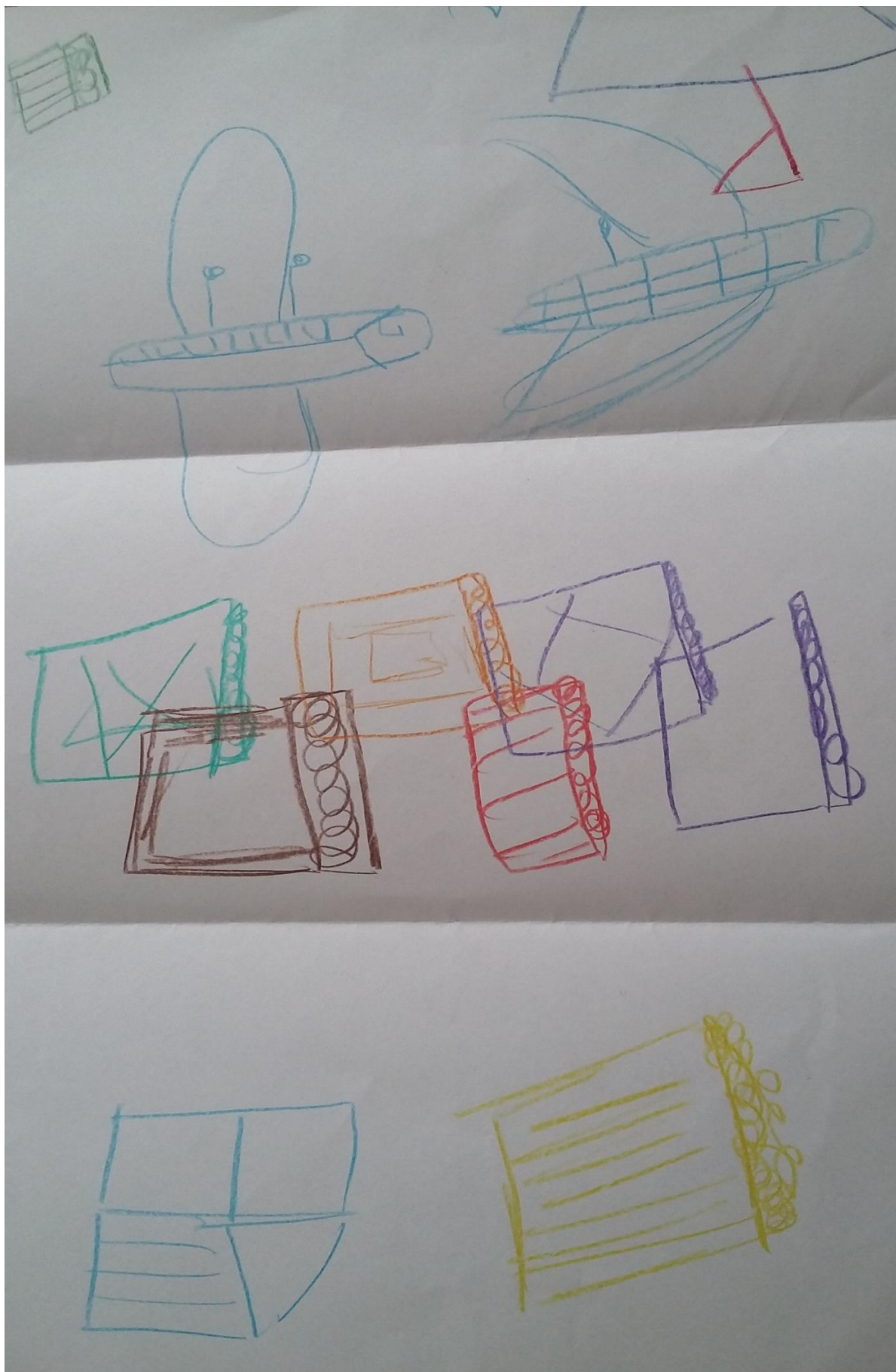
Necessita Apreciação da CONEP:

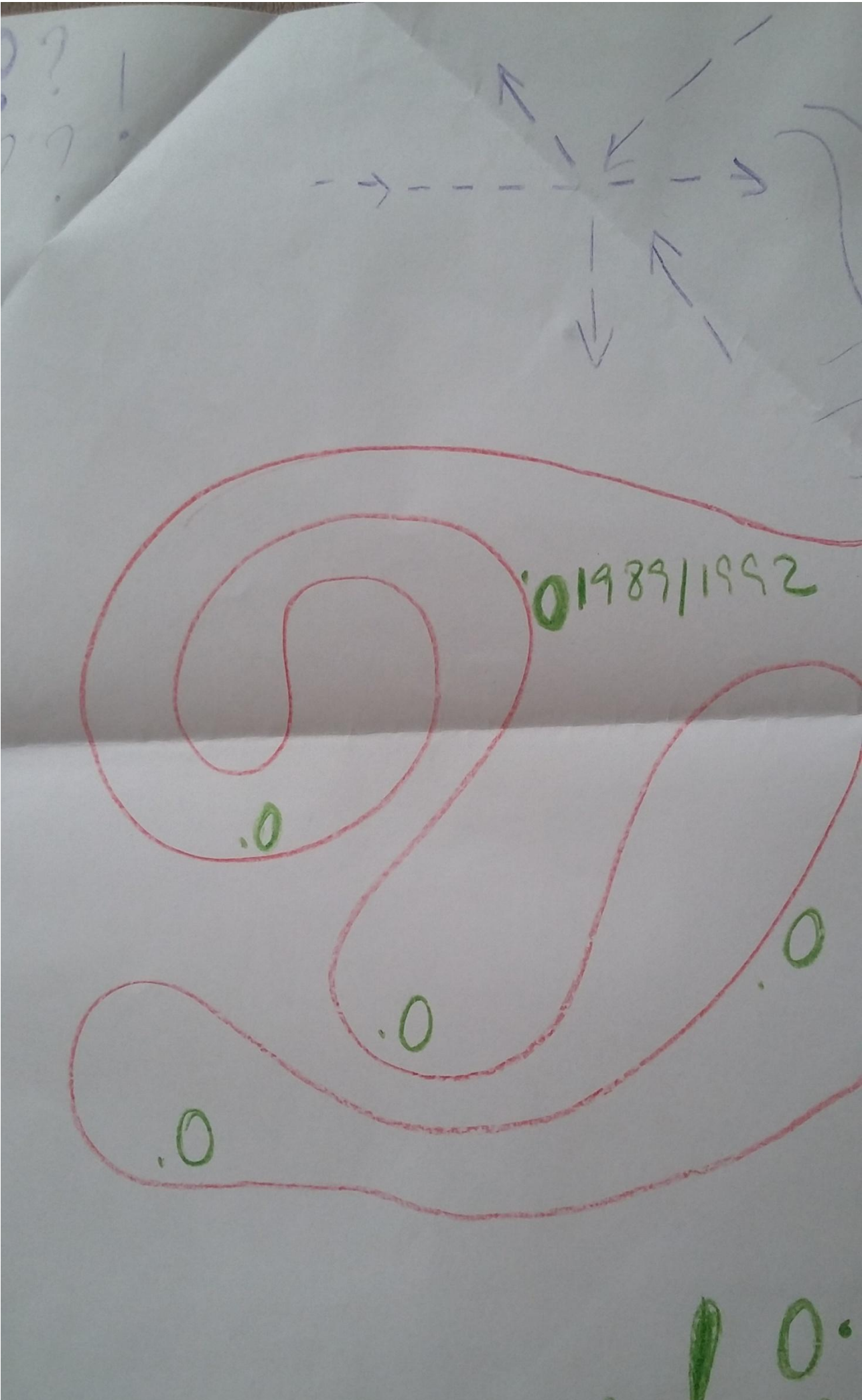
Não

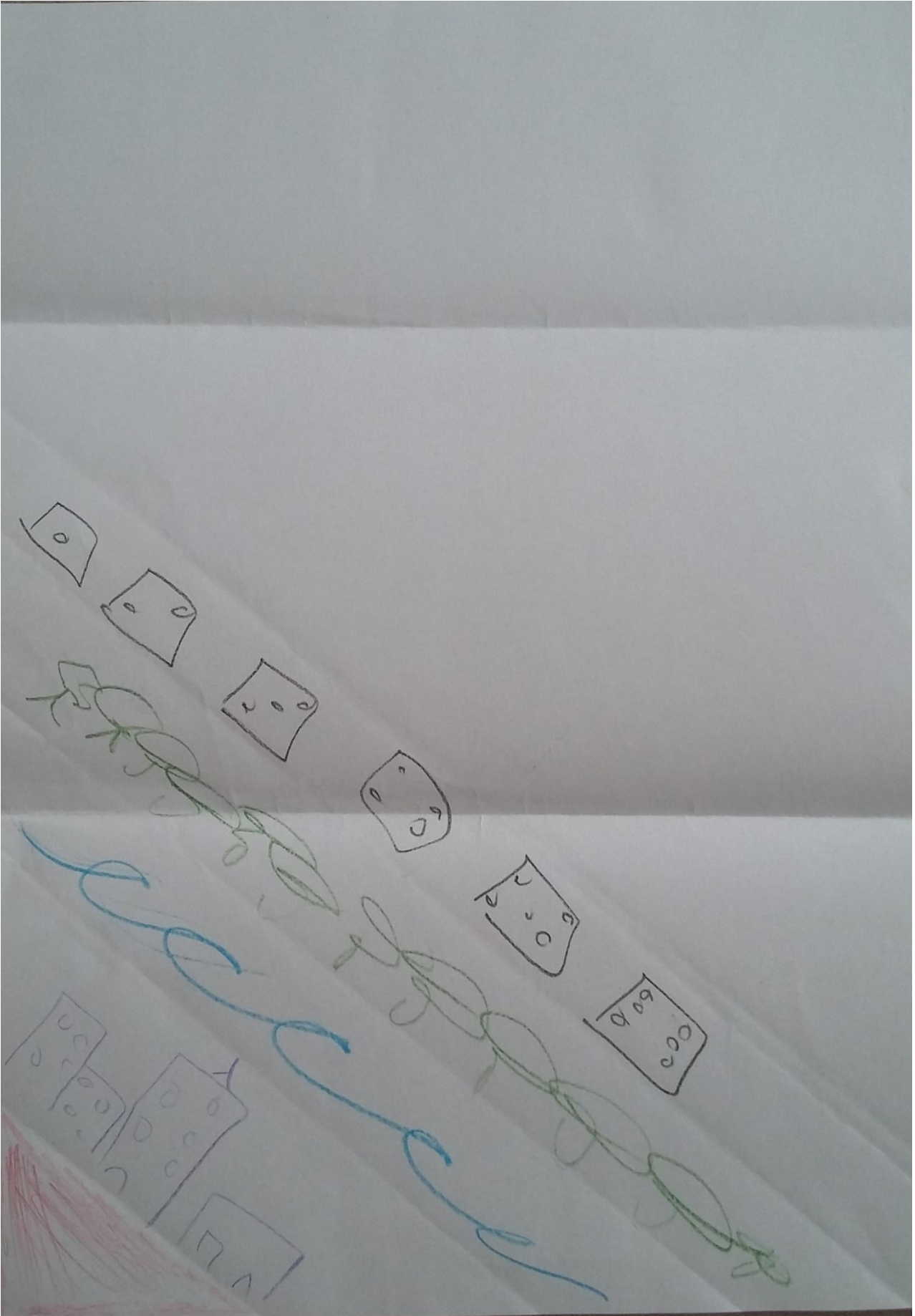
SAO PAULO, 20 de Abril de 2016

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

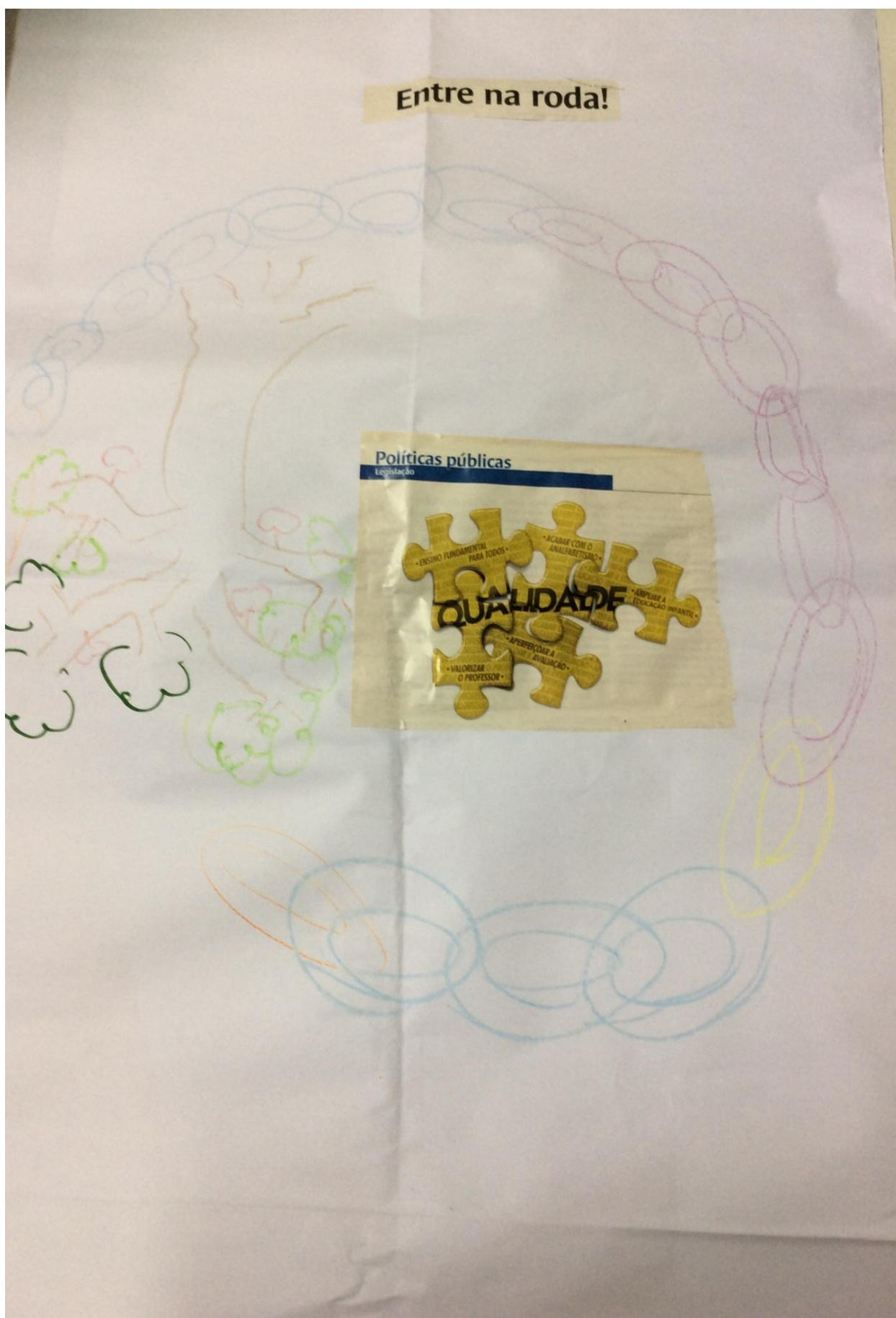
Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com

Anexo 3– Desenhos do Grupo Focal – Marcas da Trajetória



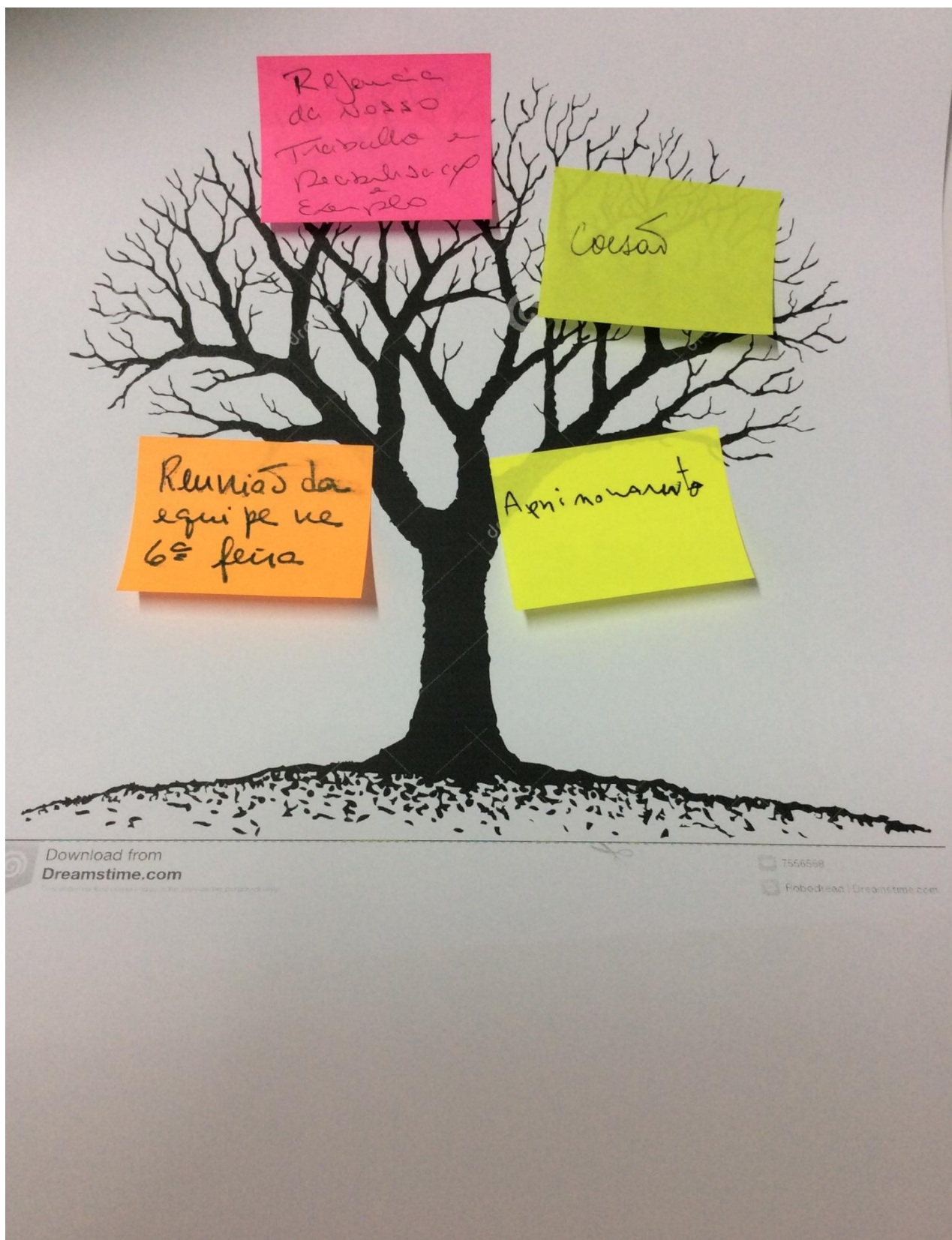


Anexo 4 - Desenhos representativos sobre Interdisciplinaridade





Anexo 5 – Árvores dos Sonhos





Download from
Dreamstime.com

7566688

Robodread | Dreamstime.com

Apêndice A - Questionário de Caracterização

Questionário

Este questionário será utilizado como instrumento de coleta de dados na pesquisa intitulada: “Concepções de Interdisciplinaridade de Profissionais de Saúde de um Serviço de Reabilitação e Fisioterapia” no Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde na UNIFESP Baixada Santista – com a finalidade de descrever a trajetória pessoal e profissional da equipe de cuidados em saúde da SERFIS e também compreender de que maneira os profissionais de distintas áreas da SERFIS, entendem na sua prática as questões relacionadas a interdisciplinaridade.

Esse questionário com 8 questões deverá ser preenchido pelo voluntário. Seus dados pessoais serão mantidos em sigilo.

Preencha as perguntas a seguir com X ou as preencha de acordo com a sua resposta.

1. Dados pessoais:

1.1 Idade: ____ anos.

1.2 Gênero: () Feminino () Masculino

2. Profissão:

() Assistente Social

() Médico

() Nutricionista

() Enfermeiro

() Fisioterapeuta

() Terapeuta Ocupacional

() Fonoaudiólogo

() Educador Físico

() Psicólogo

3. Características profissionais:

3.1 Onde se formou:

Universidade pública ()

Universidade Privada ()

3.2 Quanto tempo de formado: _____

3.3 Possui PósGraduação: Sim () Não ()

Em qual área? _____

3.4 Há quanto tempo trabalha neste local: _____

4. Qual é o momento/meio de comunicação que você privilegia/prefere para se comunicar com seus colegas de equipe?

() trocas coletivas durante reuniões de equipe

() e-mail, sms, whatsApp, telefone celular

() trocas entre equipes durante o apoio matricial

() em conversas presenciais informais

- trocas interdisciplinares durante atendimento
- outros (especificar)_____

5. Com que frequência na sua prática profissional você aprende com um colega de equipe:

- nunca
- raramente
- com frequência
- sempre

6. Com que regularidade você sente vontade de perguntar a opinião de um colega de equipe para tomar uma decisão sobre um procedimento, ou uma conduta relativa a um caso?

- nunca
- raramente
- com frequência
- sempre

7. Com que regularidade você sai do trabalho satisfeito com as soluções que encontrou na sua prática cotidiana?

- nunca
- raramente
- com frequência
- sempre

8. Quando se trata de resolver um caso difícil, qual dessas alternativas você costuma priorizar – enumere todas as alternativas de acordo com as prioridades.

- a sua própria avaliação clínica do caso.
- a avaliação do caso feita pela equipe
- as demandas e prioridades do usuário e o histórico do caso e do usuário na unidade.
- as diretivas da chefia da unidade e os procedimentos protocolares.

Identificação: (opcional)

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal de São Paulo Campus Baixada Santista

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

A presente pesquisa intitulada “Concepções de Interdisciplinaridade de Profissionais de Saúde de um Serviço de Reabilitação e Fisioterapia” tem como principal objetivo compreender de que maneira os profissionais de distintas áreas da SERFIS, entendem na sua prática as questões relacionadas à interdisciplinaridade e também descrever a trajetória pessoal e profissional da equipe de cuidados e identificar os conhecimentos, e representações dos profissionais de saúde da SERFIS sobre interdisciplinaridade em saúde.

Esta pesquisa está sendo desenvolvida sob a coordenação da Prof^a. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo, docente do Departamento de Gestão e Cuidados em Saúde da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – *Campus* Baixada Santista, e pela pesquisadora Christianne Fernandes Garcia, aluna do Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde. O TCLE deverá estar assinado e rubricado pela pesquisadora, uma via do TCLE ficará com o participante e outra via ficará com o pesquisador.

Para tanto, convidamos você a participar desta pesquisa. Após a aceitação você deve assinar e rubricar todas as folhas do TCLE. Realizaremos encontros semanais com duração de 1 hora e 30 min. à 2 horas. As reuniões ocorrerão em dia e hora combinados com a equipe, na própria unidade em sala privada e preparada antecipadamente.

É garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento e a desistência de participação do estudo.

Todas as informações obtidas serão analisadas, e os resultados utilizados para a pesquisa científica. Você não terá ônus nem bônus em qualquer fase da realização do estudo e terá o direito de ser informado sobre os resultados dos dados coletados em qualquer momento do estudo.

Em qualquer etapa do estudo, é possível ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, sendo que o principal investigador é a Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo que pode ser encontrado no endereço Rua Silva Jardim, 136 sala 113, Vila Mathias – Santos – SP, Telefone: (13) 3878-3700 ou 3878-3887.

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, (11) 5571-1062, FAX: (11) 5539-7162 – e-mail: cepunifesp@unifesp.br.

Eu, _____, em ____ de _____ de ____ certifico que li ou foi-me lido o texto de consentimento, e entendi seu conteúdo, também sei que qualquer informação obtida será confidencial e acredito ter sido suficientemente informado a respeito do estudo “Concepções de Interdisciplinaridade de Profissionais de Saúde de um Serviço de Reabilitação e Fisioterapia”.

Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, o que será realizado, as garantias de proteção à minha identidade e de esclarecimentos a qualquer momento. Ficou claro também, que a minha participação é isenta de despesas.

Foi esclarecido que em qualquer etapa do estudo, terei acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas e que uma cópia deste formulário ser-me-á fornecida.

Minha assinatura demonstra que eu, _____ concordei livremente de participar deste estudo.

Entendo que estou livre para recusar a participação deste ou desistir a qualquer momento, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. A participação na pesquisa é voluntária, não acarreta nenhum gasto. Também não há compensação financeira relacionada à participação.

Assinatura do participante

Santos, ____ de _____ de _____

Certifico que expliquei a (o) Sr. (a) _____ acima, a natureza, propósito e benefícios associados à sua participação nesta pesquisa e que respondi todas as questões que me foram feitas.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta pessoa.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Santos, ____ de _____ de _____

Rubrica do Pesquisador

Rubrica do participante

Apêndice C: Produto Técnico

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CAMPUS BAIXADA SANTISTA

Programa de Pós Graduação Ensino em Ciências da Saúde

Nome do projeto: Círculos de convivência em saúde.

Data e horário: a combinar com a SERFIS E COUNES.

Coordenadora: (Guardiã) Christianne Fernandes Garcia

Colaboradora: (Co- guardiã) Maria da Conceição Santos Moraes

Público: Equipe participante da pesquisa com abertura para outros membros da equipe e profissionais da gestão até o limite de 15 pessoas.

Esta proposta foi baseada nas discussões e resultados que surgiram a partir da pesquisa intitulada: “*Concepções de interdisciplinaridade de profissionais de saúde de um serviço de reabilitação e fisioterapia*”, onde a equipe da Serfis, participante da pesquisa manifesta o desejo de que existam espaços e momentos de interação e diálogo entre eles e também a participação efetiva da gestão junto aos profissionais para resoluções referentes aos processos de trabalho.

Considera-se que a urgência das rotinas aliada à exigência da produtividade, e ainda o cansaço e a desesperança em ver o cotidiano transformado poderiam orientar a conduta dos atores em saúde à repetição de atos descontextualizados ou mecanizados e provocar certo distanciamento impedindo muitas vezes que as equipes se coloquem como agentes produtores de saúde. Desta maneira pensou-se neste projeto em formato de construção coletiva, que contemplasse o que foi manifestado.

Para Ceccin (2012) não é mais possível que se aceite o normativo desde fora para fixar um dentro. O fora é ruptura intelectual e o dentro um contorno vivo de práticas inventivas do trabalho e dos próprios trabalhadores, desta forma a construção de um planejamento em educação em saúde é a oportunidade de desenvolvimento do coletivo de trabalho, que pressupõe colocar em movimento o saber formal, mas acima de tudo, os saberes informais dos atores sociais em situação de implicação. Isto implica acionar movimentos de estranhamento, de desacomodação e de implicação, potência para um coletivo diferir de si mesmo e de dobrar novas práticas como forma de tornar o trabalho, o território para uma “escuta pedagógica em saúde.”

A sugestão é a metodologia baseada nos processos circulares criado por Pranis (2010), que permitem a plena expressão das emoções numa atmosfera de respeito, de escuta qualificada e de

empoderamento dos participantes e oferece a possibilidade de lidar com conflitos, chegar a consensos e resgatar a humanidade de cada um. O processo circular acontece através do ato de contar histórias em círculos de convivência, pois se entende que a história une as pessoas pela sua humanidade comum e as auxiliam na compreensão das experiências humanas.

De acordo com Mumme (2015), círculos de convivência são encontros circulares cujo principal objetivo é que as pessoas compartilhem sentimentos sobre os desafios da convivência e busquem idéias coletivas para lidar com os pontos apresentados. Quando nos sentamos em círculo buscamos respeito, igual oportunidade de fala, espaço para contar nossas histórias, horizontalidade e acolhimento dos aspectos emocionais e espirituais.

Partimos do pressuposto de que mais do que cuidar do outro, os trabalhadores em saúde precisam também cuidar de si. Ousa-se então realizar um convite à abertura de novos caminhos não com o intuito de direcionamentos, mas talvez como a ampliação das potências existenciais destes trabalhadores num exercício de repensar, refazer, sonhar e construir coletivamente.

A proposta se realiza no formato de convite para àqueles que puderem e desejarem participar.

Objetivos:

- Partilhar os resultados e as discussões da pesquisa com equipe e gestão;
- Construir um espaço seguro para que as pessoas falem sobre sentimentos e necessidades. Um espaço sem julgamento, em que cada um e todos juntos busquem de forma horizontal, as respostas para aquilo que os afeta;
- Criar coletivamente um plano de ação para atender às necessidades manifestadas pela equipe.

Método:

Para os encontros utilizaremos metodologia inspirada na construção dos círculos de paz de Kay Pranis (2010), que diz respeito à dinâmica que começa com os aspectos mais subjetivos, tendo como parte principal a contação de histórias, e, gradualmente, transita para um método mais objetivo, com a construção do Plano de Ação.

Nesta metodologia, os facilitadores são chamados de *guardião* que é aquele que tem a função de estimular a reflexão do grupo por meio de perguntas e convidar o coletivo, quando necessário para que todos cuidem da qualidade do encontro e um *co-guardião* que é aquele que está junto com o guardião nos preparativos do processo circular; é um parceiro do guardião e deve

conhecer o roteiro e a dinâmica do círculo bem como contribuir com suas histórias e com colocações que possibilitem a reflexão do coletivo, assim como o guardião.

Utiliza-se de um “bastão da fala”. Este bastão circula, respeitando o sentido da roda e vai passando de um a um. Tem o direito de falar quem estiver com o bastão nas mãos e os demais participantes do círculo neste momento fazem um importante exercício de escuta. Só fala quem quiser e caso não queira passa o bastão para o próximo seguinte. O único que pode interromper a dinâmica é o guardião por ser aquele que lembra aos participantes dos acordos feitos antes do início do círculo.

Etapas do processo circular:

1 - Boas-vindas (acolhimento aos participantes).

2 - Cerimônia de abertura (sugestões para este momento: exercícios de respiração). Como está se sentindo agora? (Falar de uma pessoa que inspira sua vida ou contar a história do seu nome).

3 – Apresentar o objeto da fala (explicar a função do bastão).

4 – Introduções/ check-in/ combinados.

5 – Valores/ guias norteadores.

1º ciclo: apresentação

O guardião apresenta o centro do círculo, o bastão da fala, combina o sigilo, relembra o horário combinado e verifica se há alguma questão com o tempo pré-determinado. Se todos estiverem de acordo, é feita uma rodada, já com o bastão, para a apresentação.

2º ciclo: valores (são os guias norteadores)

Trata-se do que cada participante pode oferecer para tornar este espaço seguro.

Sugestões de perguntas para esta etapa: (apenas uma delas) O que toca seu coração? O que lhe dá esperança? Diga alguma coisa pela qual você tem gratidão? Por quê? O que o sustenta em tempos difíceis? Que valor você quer oferecer ao nosso espaço conjunto?

3º ciclo: contação de histórias (cria empatia e compartilha os esforços humanos)

Este ciclo é dedicado à contação de histórias pessoais. Cada um é convidado a contar suas próprias histórias. É quando as pessoas começam a se abrir para o encontro e explorar sentimentos e lições de vida. Esta etapa serve para emergir a humanidade de todos os participantes, inclusive do guardião. Isso dará a sustentação necessária para se entrar na próxima etapa: tratar dos conflitos, ideias divergentes, perspectivas distintas.

Sugestão de perguntas para a rodada: (apenas uma delas) Uma experiência de sua vida quando você “fez limonada de limões”. Um momento em que você estava fora da sua zona de conforto. Uma experiência de não pertencimento. Algo que lhe dá raiva. Como você lidou ou lida com isso? Uma experiência de ter causado danos a alguém e depois lidar com essa situação de maneira satisfatória.

4º ciclo: abordar a questão (explorar questões, preocupações, impactos, sentimentos)

Quando se dá início à conversa sobre o motivo principal que trouxe as pessoas ao encontro abre-se a “porta” para os sentimentos. Neste momento pessoas concordam e discordam às vezes em fluxo intenso de opiniões e olhares distintos sobre a mesma situação. O bastão da fala neste momento é fundamental, respeitando a ordem de movimento em círculo e dificulta a resposta dada como um impulso de raiva ou impensada.

Nesta etapa o guardião e o co-guardião partilham com a equipe os resultados e discussões da pesquisa.

Sugestão de perguntas para esta etapa: Como se sente neste momento? O que desejam para este espaço de trabalho? Como pensam ser possível criar espaços para o diálogo nesta unidade? Com o que você pode colaborar para que isso aconteça?

Na medida em que as pessoas vão compartilhando seus sentimentos, a experiência do *poder com o outro* começa a ficar presentificada e é possível afirmar que o círculo tem uma inteligência própria e a força do coletivo traz o movimento adequado ao processo.

5º ciclo: prepara o plano de ação (gerar ideias)

Neste momento, o ponto é trabalhar o que cada um precisa para resolver a questão e preparar o “terreno” para se construir o plano de ação, ou seja, os combinados. É quando as pessoas já deram um passo em direção à resolução da questão e sabem um pouco mais sobre as suas necessidades. Isso significa dizer que sentimentos já foram visitados e explorados.

Sugestão de perguntas para esta etapa: o que você precisa para resolver a questão? O que cada um pode oferecer para resolver a questão?

6ª ciclo: elaborar o plano de ação (determinar consensos, criar acordos)

É hora de construir acordos. Finaliza-se o círculo com o plano de ação. Neste momento é possível direcionar o bastão de fala para as pessoas que vão compor o Plano, respondendo como viabilizar o que foi dito no ciclo anteriormente. A ideia é trabalhar de forma bem específica. Quando, como, onde e quem estará envolvido em cada ação. É importante que o guardião resgate o

que foi oferecido e o apresente como base para a construção do plano. Esse plano é anotado pelo co-guardião e lido no final deste ciclo. Se todos estiverem de acordo com o que foi lido, todos assinam o formulário com o plano de ação. Antes de encerrar, é importante perguntar se alguém precisa de apoio para sair dessa experiência. Se sim, o guardião conversa sozinho com essa pessoa, após o término do círculo.

Fechamento

Cerimônia de encerramento – fechar o momento iniciado e trazer uma perspectiva de celebração por este encontro e os avanços alcançados.

Importante ressaltar que as etapas do processo circular são respeitadas, no entanto, por vezes pode ocorrer de não se conseguir concluir todas as etapas num mesmo dia, considerando que ao se fazer a conexão com sentimentos, desejos e ideias, corre-se o risco do tempo cronológico ser distinto do tempo das humanidades. Sendo assim, o sugerido é que combine um novo dia para a conclusão de todas as etapas.

REFERÊNCIAS

CECCIN, R. B. Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: educação, áreas de conhecimento e profissões no caso da saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**. V.6, n.2, p. 253-277, 2012.

MUMME, M. **Justiça Restaurativa em Santos**: histórias que tecem redes humanas para a convivência. Cartilha: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. 2015

PRANIS, K. **Processos Circulares**: tradução de Tônia Van Acker. São Paulo: Palas Athena, 2010.