LÍGIA EMERITA GUEDES

**Reflexões sobre relações disciplinares a partir do
estudo de caso de um serviço universitário de
promoção da saúde e prevenção de doenças na
prática clínica**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Área de concentração: Fisiopatologia
Experimental

Orientador: Prof. Dr. Mario Ferreira Junior

São Paulo

2009

LÍGIA EMERITA GUEDES

**Reflexões sobre relações disciplinares a partir do
estudo de caso de um serviço universitário de
promoção da saúde e prevenção de doenças na
prática clínica**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Área de concentração: Fisiopatologia
Experimental

Orientador: Prof. Dr. Mario Ferreira Junior

São Paulo

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Guedes, Lígia Emerita

Reflexões sobre relações disciplinares a partir do estudo de um serviço
universitário de promoção da saúde e prevenção de doenças na prática clínica /
Lígia Emerita Guedes. -- São Paulo, 2009.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Fisiopatologia Experimental.

Orientador: Mario Ferreira Junior.

Descritores: 1.Interdisciplinaridade 2.Promoção da saúde 3.Relações
interprofissionais

USP/FM/SBD-256/09

Data da defesa: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Professor (a) Doutor (a): _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Professor (a) Doutor (a): _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Professor (a) Doutor (a): _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Professor (a) Doutor (a): _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Professor (a) Doutor (a): _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho ao meu irmão Henrique e a minha mãe Claret. Se não fosse por seus esforços, incentivos e apoio, não seria possível concluir, nem se quer começar o meu trajeto em busca do título de mestre. Dedico a vocês, não só esta dissertação, mas também, a minha admiração e o meu amor, o que ainda é pouco diante de tudo que vocês fazem e são para mim.

Agradecimentos

*No lugar das coisas possíveis, os homens
escrevem os seus nomes.*

*Mas quando o impossível se faz carne, ali
se escreve o nome de Deus.*

(Rubem Alves)

Agradeço a Deus e a Santa Rita de Cássia a
alegria de mais uma conquista.

Agradecimentos

Agradeço ao meu avô Manoel (Vô Né) sempre tão presente em minha vida, com seus incentivos, mas que não pode escolher estar entre nós para ver a concretização desta obra, mas onde quer que esteja torce e confia em mim.

À minha mãe, por todos os momentos de luta ao meu lado, pela paciência, carinho, incentivo, companheirismo e, principalmente, por acreditar em mim quando eu mesma não acreditava.

Ao meu pai, Henrique, pelo carinho e compreensão nas ausências.

A minha cunhada Mariana e meu irmão Henrique, pelo carinho, confiança e apoio incondicional. E, ao longo desta jornada, ter me dado o maior de todos os presentes, Yasmin.

À minha irmã Brígida, por tanto amor.

À Ednalva, pelos incentivos e orientação. E, à Tia Dulce pelo apoio e dedicação, ajudando-me de forma concreta na busca de uma boa formação.

À Lara, pela amizade, cumplicidade, companheirismo. Por termos trilhado juntas esta jornada.

Ao Alfredo, pelo apoio, dedicação, amizade, parceria, companheirismo.

Ao Junior, por me trazer a calma e alegria no momento que seria de maior tensão.

À Ana Claudia pelas orientações e contribuições neste trabalho, além da confiança e incentivo. E, assim como eu, por acreditar na interdisciplinaridade.

À Talita por gentil e carinhosamente ter se disponibilizado a me ajudar na organização deste trabalho.

Aos amigos do CPS pela acolhida a este trabalho. Em especial à Simone Tolposki, sempre pronta a me ajudar.

Aos amigos da Unimed Paulistana, com quem vivencio a cada dia o significado da palavra equipe.

Aos funcionários da FMUSP, em especial Sonia, Tania e Marinalva, pela atenção e disponibilidade.

Aos doutores Milton Arruda Martins, Anna Chiesa e Eliane Correa Chaves. Agradeço as contribuições a este trabalho e reforço minha profunda admiração.

Em especial, agradeço ao Dr. Mario Ferreira Junior, pelo acolhimento. Por me ensinar o verdadeiro sentido da palavra **Mestre** e o amor à promoção da saúde.

A todos os participantes desta pesquisa e a todos que torceram por minha vitória: Muito obrigada!

SUMÁRIO

Lista de figuras	x
Lista de tabelas	xii
Lista de siglas	xiii
Resumo	xiv
Summary	xvi
Apresentação	xix
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. A ESTRUTURAÇÃO DO CONHECIMENTO HUMANO E SEUS REFLEXOS NA ÁREA DA SAÚDE	1
1.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE	10
1.3. INTERDISCIPLINARIDADE	18
2. OBJETIVOS	28
3. METODOLOGIA	30
3.1. CENÁRIO DO ESTUDO	30
3.2. SUJEITOS DO ESTUDO	32
3.3. TIPO DE ESTUDO	33
3.4. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	34
3.5. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	37
3.6. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	39
3.7. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	43
4. RESULTADOS	45
4.1. OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	45
4.1.1. Descrição das Atividades Observadas	45

4.1.2. Descrição do Grupo Observado	54
4.1.3. Observação Participante	56
4.2. ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS	60
4.2.1. Descrição da População Entrevistada	60
4.2.2. Entrevistas Semi-estruturadas	62
5. DISCUSSÃO	95
5.1. OBJETIVOS COMUNS	99
5.2. INTERAÇÃO	101
5.3. LINGUAGEM E METODOLOGIA	107
5.4. TRABALHO INTEGRADO	110
5.5. CONHECIMENTO INTEGRADO	115
5.6. NÍVEIS HIERARQUICOS	118
5.7. ASPECTOS SUBJETIVOS	120
5.8. PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUANTO AOS PRINCIPAIS CONCEITOS (PROMOÇÃO DA SAÚDE E INTERDISCIPLINARIDADE) ..	126
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
7. CONCLUSÕES	145
8. ANEXOS	148
Anexo 1 – Roteiro de observação	148
Anexo 2 – Roteiro da entrevista	150
Anexo 3 – Documento de aprovação CAPPesq	157
Anexo 4 – Termo de consentimento livre e esclarecido	158
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	163
10. BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR	171

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estruturação do conhecimento humano e seus reflexos na atenção à saúde	9
--	---

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Percepção dos profissionais entrevistados quanto à promoção da saúde e interdisciplinaridade.....	92
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características comparativas dos modelos históricos de atenção à saúde	7
Tabela 2 - Resumo das definições e pontos que caracterizam as organizações disciplinares, com base nos estudos de Japiassu (1976)	22
Tabela 3 - Apresentação dos profissionais em atuação no CPS-HCFMUSP, segundo profissão, gênero, idade, ano e instituição onde concluiu a graduação, titulação e vínculo empregatício com o HC-FMUSP, no período de observação (ago/2006 a jul/2007)	55
Tabela 4 - Pontos que caracterizam as organizações disciplinares com base nos estudos de Japiassu (1976) que emergiram da observação participante	57
Tabela 5 - Apresentação dos entrevistados, segundo profissão, gênero, idade, ano e instituição onde concluiu a graduação, titulação e vínculo empregatício com o HC-FMUSP	61
Tabela 6 - Comparação dos dados levantados na observação participante e entrevistas semi-estruturadas com os pontos que caracterizam as organizações disciplinares, segundo JAPIASSU (1976)	93

LISTA DE SIGLAS

ABPS	Associação Brasileira de Promoção da Saúde
AGD-HCFMUSP	Ambulatório Geral e Didático do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo
CAPPesq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CM	Consultas Médicas
CPS-HCFMUSP	Centro de Promoção da Saúde do Serviço de Clínica Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
DND	Divisão de Nutrição e Dietética
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
GCAAF	Grupo com foco em comportamento alimentar e prática de atividade física
GCT	Grupo com foco em cessação do tabagismo
GDO	Grupo com foco em controle de dores osteomusculares
GGs	Grupo com foco em gerenciamento de stress
GRA	Grupo com foco em reeducação alimentar
HC	Hospital das Clínicas
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IMC	Índice de Massa Corpórea
OMS	Organização Mundial de Saúde
PI	Palestra Inicial
PSF	Programa Saúde da Família
RM	Reuniões Mensais de equipe e pesquisa
SUS	Sistema Único de Saúde

RESUMO

Guedes LE. Reflexões sobre relações disciplinares a partir do estudo de caso de um serviço universitário de promoção da saúde e prevenção de doenças na prática clínica [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009. xxii, 175p.

Introdução – O trabalho em equipe interdisciplinar é considerado um importante pressuposto para reorganização do processo de trabalho nas práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, visando a uma abordagem mais integral e resolutive.

Objetivo – Discutir aspectos das relações disciplinares entre profissionais de saúde, incluindo barreiras e facilitadores à prática da interdisciplinaridade, tomando como referência o caso de um centro universitário voltado ao ensino e pesquisa em promoção da saúde e prevenção de doenças na prática clínica. **Método** – Pesquisa qualitativa, realizada no Centro de Promoção da Saúde do Serviço de Clínica Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CPS-HCFMUSP), com emprego de observação participante e entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde, iniciada após prévia aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e consentimento esclarecido dos entrevistados. Os dados foram submetidos à análise qualitativa, através da análise de conteúdo, modalidade temática. **Resultados** – Encontram-se práticas realizadas por profissionais com

mesmos objetivos, porém com pequena interação entre si, sem método e linguagem comuns, trabalhando sem integração, mas com conhecimento unificado e com diferentes níveis de hierarquia horizontal. No conjunto, esta situação pode representar um momento de transição da pluridisciplinaridade para a interdisciplinaridade. **Conclusão** – A interdisciplinaridade no caso avaliado não é uma realidade posta, mas um processo ainda em evolução. Fatores sócio-culturais, institucionais e subjetivos podem agir tanto como facilitadores quanto como obstáculos à interdisciplinaridade.

Descritores: Interdisciplinaridade; Promoção da Saúde; Profissionais de Saúde.

SUMMARY

Guedes LE. Reflections about disciplinary relationships based upon the case study of a university service for education and research in health promotion and disease prevention in clinical practice [master dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2009. xxii, 175p.

Introduction – Interdisciplinary teams are considered an important premise for the rearrangement of the work process in practices of health promotion and disease prevention, aiming at an integral and resolute approach. **Objective** – Discuss the disciplinary relationships among health professionals, including barriers and facilitators to the practice of interdisciplinarity, in the context of a university center for education and research in health promotion and disease prevention in clinical practice. **Method** – Qualitative research, conducted at the *Centro de Promoção da Saúde do Serviço de Clínica Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - CPS-HCFMUSP*, using participant observation and semi-structured interviews with health professionals, started up after approval by the HCFMUSP - Research Ethics Committee and the informed consent of interviewees. The data was subjected to qualitative content analysis, on the basis of thematic modality. **Results** – It was observed practices performed by professionals with little interaction, no common language and method and lack of integration, but

with similar goals, unified knowledge and different levels of horizontal hierarchy. Overall, this may represent a moment of transition from multidisciplinary to interdisciplinary work. **Conclusion** – Interdisciplinarity is not a fact, but a process still in evolution. Socio-cultural, institutional and individual factors can act both as facilitators or as barriers to its implementation.

Descriptors: Interdisciplinarity; Health Promotion; Interprofessional Relationships.

*É uma ilusão de alguns cientistas pensar
que o caminho para um mundo melhor
passa pela multiplicação das pesquisas. Já
sabemos demais. Se usássemos um
centésimo do já sabemos o mundo seria
maravilhoso. O que nos falta não é
conhecimento. É amor. Para isso sou
educador.*

(Rubem Alves)

APRESENTAÇÃO

Durante minha trajetória acadêmica e profissional sempre tive o interesse em atuar com diferentes profissionais e adquirir conhecimentos nos diferentes campos científicos. Matriculada em uma universidade pautada na educação tradicional, com foco em práticas e conhecimentos especializados e compartimentados, busquei uma formação diferenciada, através do ingresso em disciplinas de outros cursos para além da psicologia, minha área de formação.

Nos primeiros anos da graduação em psicologia já estava certa quanto à área que desejaria atuar, o campo da saúde. Realizei estágios curriculares e extra-curriculares em unidades de saúde, como pronto atendimento, unidades básicas de saúde, enfim, em locais que contavam com a colaboração de profissionais de diferentes especialidades.

Nestes locais ficava claro para mim o quanto um trabalho integrado poderia favorecer o atendimento prestado à comunidade, porém as intervenções eram de forma desarticulada, não se estabelecia nenhuma forma de interação. O foco era a doença e não o cliente, também chamado de paciente, afinal, era mero objeto de intervenções curativas. Não se promovia saúde, apenas se eliminava ou atenuava a doença.

Descontente com uma formação pautada em modelos dicotômicos, biologizantes e fragmentados, logo após a conclusão da faculdade, em fevereiro de 2005, ingressei no curso de especialização em Promoção da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, aberto para profissionais de diferentes áreas.

Neste curso encontrei um conhecimento e práticas que vinham ao encontro de minhas expectativas e concepção de saúde, como algo complexo, que exige intervenções interdisciplinares, que concebe o homem como sujeito integral.

Ainda durante a especialização iniciei o trabalho em uma empresa privada com foco em promoção da saúde e, paralelamente, no Centro de Promoção da Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (CPS-HCFMUSP), atuando em equipes constituídas por profissionais de distintas áreas.

O trabalho em equipe, principalmente a interdisciplinaridade, chamava minha atenção. Percebia as dificuldades em agir e até mesmo apreender conhecimentos de outras áreas. Questionava-me quanto às formas de potencializar a integração, e promover um trabalho de fato interdisciplinar.

Como critério avaliativo no curso de especialização em promoção da saúde deveria fazer uma revisão bibliográfica como trabalho de conclusão de curso. Alguns temas foram disponibilizados, entre estes “O trabalho em equipe interdisciplinar na Promoção da Saúde”. Para minha surpresa ninguém se interessou por este assunto.

A partir daí comecei os meus estudos sobre esta temática, encontrando grande dificuldade para encontrar artigos científicos que discorressem sobre a

interdisciplinaridade na área da saúde, muito mais na promoção da saúde. O que só aumentou o meu interesse e me motivou a desenvolver a presente pesquisa, sob orientação do Prof. Dr. Mario Ferreira Junior, que de forma bastante solícita, em 2006, me acolheu como sua orientanda de mestrado.

Com os estudos sobre a interdisciplinaridade na promoção da saúde, consegui respostas a muitas das minhas indagações, como otimizar o trabalho em equipe, passos para o estabelecimento de uma equipe interdisciplinar. Compreendi que a abordagem interdisciplinar na promoção da saúde favorece práticas mais amplas, resolutivas e efetivas.

Hoje trabalhando em uma empresa privada de saúde, com uma equipe composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros, procuro empregar estes conhecimentos em prol de uma melhor atenção aos usuários dos nossos serviços. Através de práticas e organização do serviço de uma forma diferenciada.

Espero que esta pesquisa contribua para que outros profissionais e serviços possam refletir sobre os benefícios pessoais e coletivos de uma atuação interdisciplinar na promoção da saúde.

SOBRE GANSOS E EQUIPE

Por que os gansos Voam em “V”?

Quando você vê gansos voando em formação de V, você pode ficar curioso com as razões pelas quais eles escolhem voar dessa forma.

FATO: à medida que cada ave bate suas asas, ela cria uma sustentação para a ave seguinte. Voando em formação de V, o grupo inteiro consegue voar pelo menos 71% a mais do que cada ave voando isoladamente.

VERDADE: pessoas que compartilham uma direção comum com bom senso de equipe chegam ao seu destino mais depressa e facilmente, porque elas se apóiam na confiança umas das outras.

FATO: sempre que um ganso sai fora da formação sente, repentinamente, a resistência do ar e a dificuldade de tentar voar só. Rapidamente ele retorna à formação, para tirar vantagem do poder de sustentação da ave à sua frente.

VERDADE: existe força, poder e segurança no grupo, quando viajando na mesma direção e compartilhando um objetivo comum.

FATO: quando o ganso líder se cansa, ele reveza, indo para a traseira do V, enquanto outro ganso assume a ponta.

VERDADE: é vantajoso o revezamento quando se necessita fazer um trabalho árduo.

FATO: os gansos de trás grasnam para encorajar os da frente a manterem o ritmo e a velocidade.

VERDADE: todos necessitamos ser reforçados com apoio ativo e encorajamento.

FATO: quando um ganso adoece ou se fere e deixa o grupo, dois outros gansos saem da formação e o seguem para ajudá-lo e protegê-lo. Eles o acompanham até a solução do problema e então reiniciam a jornada só os três, ou juntando-se a outra formação, até encontrarem seu grupo original.

VERDADE: precisamos ser solidários nas dificuldades.

(Autor desconhecido)

1. INTRODUÇÃO

A área de saúde sofre as conseqüências da grande especialização do conhecimento, que mais do que esfacelar o saber fragmenta o homem. A saúde é um campo cada vez mais complexo e o aprofundamento dos conhecimentos científicos e os avanços técnicos não são suficientes para satisfazer esta complexidade (Arruda e Tura, 2002). A interdisciplinaridade se apresenta como uma possível solução a este problema, facilitando a abordagem do homem de forma mais ampla, objetivando a superação dos problemas críticos do passado, cedendo lugar aos benefícios de uma nova prática em saúde. Os conceitos de promoção da saúde e da interdisciplinaridade se relacionam em um ponto fundamental, a busca da integralidade, tanto no que diz respeito ao indivíduo quanto ao saber.

1.1. A ESTRUTURAÇÃO DO CONHECIMENTO HUMANO E SEUS REFLEXOS NA ÁREA DA SAÚDE

A primeira forma de estruturar o pensamento do homem foi através de uma visão totalitária da realidade. Esta forma de compreensão do mundo predominou na

Grécia Antiga com os sofistas gregos que definiram para seus discípulos um programa de *Eukuklios Paidéia* que é o ensinamento circular que cobria a totalidade de disciplinas constitutivas da ordem intelectual. Este programa também foi adotado pelos romanos na Idade Média com o *TRIVIUM* (gramática, retórica e dialética) e o *QUADRIVIUM* (aritmética, astronomia e música) compondo o conjunto unificado de letras e ciências (Minayo, 1994; Nunes, 2002; Raynault, 2002; Spink, 2003).

No período do Iluminismo, século XVIII, durante o qual o progresso da ciência e das técnicas inscreve uma reforma geral na conduta humana, o unitarismo foi também uma das idéias centrais. Foi neste período a construção da Enciclopédia, sob a direção de D'Alembert e Diderot na França, que tinha como objetivo permitir que qualquer indivíduo pudesse ter acesso ao conhecimento já acumulado. Esta obra tenta recuperar a idéia de *Eukuklios Paidéia* dos Gregos e Romanos sendo enriquecida de todos os aportes das ciências modernas depois da Renascença (Minayo, 1994; Nunes, 2002; Raynault, 2002; Spink, 2003).

Fica clara a relação do uno e do múltiplo presente na enciclopédia, no discurso de abertura de D'Alembert quando este coloca que cada disciplina pode ser considerada como o desenvolvimento de princípios fundamentais, devendo ser possível uma formalização superior na medida em que o universo para quem sabe contemplá-lo é fato único e uma mesma e grande verdade (Minayo, 1994; Nunes, 2002; Raynault, 2002; Spink, 2003).

A partir do século XIX com a expansão do trabalho científico e o enriquecimento das tecnologias e, conseqüentemente, multiplicação de abordagens, inicia-se a 'era dos especialistas' e com ela a fragmentação do conhecimento. Neste

período, o positivismo e o cientificismo se tornaram hegemônicos como paradigmas para o saber, produzindo um isolamento das disciplinas em suas questões e metodologias, fazendo das ciências rigorosas uma espécie absoluta. A consciência científica tornou-se asfixiada por suas crescentes conquistas. E o preço pago pela acumulação quantitativa do conhecimento foi justamente o dismantelamento da inteligência (Minayo, 1994; Nunes, 2002; Raynault, 2002; Spink, 2003).

O homem utiliza metáforas para expressar as formas de estruturação do conhecimento. No período da *Paidéia* a imagem que predominava era o círculo. O círculo perfeito do conhecimento. No século XVII o círculo se fende. E como metáfora das ciências Descartes propõe a imagem da árvore, com suas raízes, troncos e ramos. Esta imagem sinaliza a especialização, na qual a ciência se mantém fixa a um tronco fundamental, em uma estrutura hierárquica, com ciências mais próximas a este tronco, outras mais afastadas, falando-se assim em ciências mães, disciplinas fundamentais, subdisciplinas, especialidades. Os frutos representam as leis e teorias presas em ramificações cada vez mais finas, os ramos da ciência (Gattás, 2005).

Jantsch e Bianchetti (2008) ressaltam que o processo de fragmentação do conhecimento caminha paralelamente ao processo de fragmentação do trabalho como imposição histórica. No século XX, período em que predominou o avanço científico e tecnológico e a valorização das especializações, as práticas em saúde foram marcadas por uma atenção à saúde que fragmentou não só o conhecimento, mas também o homem, tendo como foco o tratamento das enfermidades, sempre intermediado por tecnologias. Nesta nova forma de estruturação do conhecimento, o corpo passou a ser visto como uma máquina complexa e sofisticada. Tivemos o

domínio do **modelo biomédico**, também definido como modelo médico assistencial privatista ou clínico/biológico/flexneriano, herança do relatório Flexner, estabelecido em 1910 para sistematizar a educação médica no Brasil (Labonte, 1996; Nunes, 2002; Vilela e Mendes, 2003).

Este modelo, influenciado pelo positivismo e reducionismo, tinha como principais características a fragmentação do conhecimento, a grande especialização do setor saúde, um atendimento marcado pelo uso de tecnologia. O foco era a doença, o curativismo, as práticas centradas no indivíduo. As palavras-chave foram:

- Mecanicismo: corpo humano visto como uma máquina; isolamento da parte adoecida do restante do corpo.
- Biologicismo: ocultamento da causalidade social da doença; causas e conseqüências da doença de origem biológica.
- Individualismo: indivíduo excluído de todos os aspectos sociais da vida.
- Especialização: excelência técnica de especialidades clínicas orientadas ao indivíduo, “tecnificação” do ato médico.
- Curativismo: práticas sanitárias centradas nos aspectos curativos em detrimento das causas geradoras do processo.

No modelo biomédico, com a concepção de saúde apenas como ausência de doença, temos práticas profissionais centradas simplesmente na cura, nos aspectos biológicos. Mesmo os profissionais não médicos pautavam-se no estilo médico, realizando um atendimento impessoal, tanto no que se refere ao contato com o cliente quanto à relação entre os diversos profissionais. As práticas educativas são predominantemente fragmentárias, autoritárias e prescritivas. Predominando uma

divisão entre profissionais e pacientes, entre equipes e comunidades, entre os agentes e os seus meios de trabalho.

A partir da década de 1960 temos a retomada da busca pela totalidade, da unicidade. É neste período que a idéia da interdisciplinaridade ganha força, numa tentativa de lidar com os problemas gerados pela fragmentação do conhecimento. Como aponta Japiassu (1976), mais do que um avanço do conhecimento, a interdisciplinaridade surge como um sintoma da crescente especialização. A melhor imagem para representar a organização do conhecimento, neste período marcado pela busca da interdisciplinaridade, é a rede, com suas conexões e desconexões múltiplas, heterogênicas e descentradas. Portanto, sem um ponto fixo, sem relações hierárquicas (Gattás, 2005).

As discussões sobre a interdisciplinaridade tiveram início na Europa, a partir de um movimento de alunos e professores do ensino superior contra o esfacelamento do saber. Este movimento foi liderado por Georges Gusdorf, no final da década de 1960. E, no Brasil, Hilton Japiassu introduziu este tema, que se tornou objeto de grande discussão.

É importante ressaltar que apesar da interdisciplinaridade ter como principal ponto de origem as críticas à especialização, não significa que ela seja contra estas ou que seja a negação da “disciplinaridade”. Pois, a base da interdisciplinaridade são as disciplinas e especializações. São estas que permitem o seu desenvolvimento (Japiassu, 1976; Fazenda, 2007).

Paralelo às discussões sobre a interdisciplinaridade, nos anos de 1970, temos o fortalecimento das críticas ao modelo biomédico. Acrescenta-se à visão fisiológica da saúde a importância do comportamento, remetendo ao estilo de vida. Temos o advento do **modelo comportamental** (Labonte, 1996). A saúde passa a ser compreendida como algo mais complexo, em constante transformação, um produto social resultante de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos. E neste contexto têm-se como estratégias para garantir a saúde não só a atenção curativa, mas também ações de prevenção de doenças e acidentes e de promoção da saúde (Labonte, 1996; Nunes, 2002; Vilela e Mendes, 2003).

Labonte (1996) aponta que apesar da definição de saúde, como completo estado de bem-estar físico, mental e social, esta concepção perdeu o significado prático, pois sem a idéia clara de como se trabalhar com este conceito positivo de saúde, muitos profissionais e instituições continuaram a tratar e prevenir doenças, com ênfase no funcionamento mecânico do corpo, baseados no trabalho médico, desenvolvendo práticas preventivas focadas em não deixar a pessoa mais doente ou morrer, com ações ou programas enfocando, prioritariamente, os fatores de risco fisiológicos. Este conceito de saúde, definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, predomina até os dias de hoje, e considera a saúde ainda sob o paradigma flexneriano (Figueiredo, 2006).

Nos anos de 1980 o conceito de saúde se expandiu novamente, desta vez incorporando a análise sociológica e ecológica da saúde e doença, pois se identificou que condições sócio-ambientais eram importantes fatores de risco. A saúde passou a ser vista sob a ótica do **modelo sócio-ambiental**. Com isto, a promoção da saúde

ganhou ainda mais força. Os pré-requisitos para saúde passaram a não ser simplesmente prevenir doenças ou propor estilos de vida saudáveis, mas também, paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade (Labonte, 1996).

Este modelo integral pauta-se nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção, propõe que o indivíduo seja visto no seu contexto familiar, social e de seus valores, visando ao desenvolvimento de novas ações, humanizadas, tecnicamente competentes, articuladas intersetorialmente e socialmente apropriadas.

Na Tabela 1 comparam-se os principais pontos que caracterizam os modelos de atenção à saúde.

Tabela 1 - Características comparativas dos modelos históricos de atenção à saúde

MODELO BIOMÉDICO	MODELO INTEGRAL
Centrado na doença	Centrado no sujeito
Visão fragmentada	Integralidade
Curativo	Promoção e prevenção
Desconectado do social	Inserido no meio social
Centrado na figura do médico	Trabalho em equipe
Autoridade médica	Prática dialógica
Agir instrumental	Reciprocidade (interação)
Unidades de saúde	Extra-muro
Ações sobre os efeitos	Ações sobre as causas

A passagem do modelo assistencial curativo, centrado na figura do médico, para o integral, requer fundamentalmente interferir nos microprocessos do trabalho em saúde, nas concepções deste mesmo trabalho e construir novas relações entre usuários e profissionais e destes entre si, na tentativa de transformá-los em sujeitos, ambos produtores do cuidado em saúde (Franco e Merhy, 1999).

Torna-se necessário o desenvolvimento de ações intersetoriais e interdisciplinares na atenção básica, pois um conhecimento vivo em saúde só pode ser alcançado através da convergência de múltiplos olhares disciplinares que se intercruzam. A interdisciplinaridade apresenta-se como eixo norteador da construção do conhecimento e das ações em saúde. Contribui para um modelo assistencial que considera as múltiplas dimensões que envolvem o processo saúde-doença (Silva e Santos, 2006).

Novamente é importante ressaltar que assim como a interdisciplinaridade não é a negação da especialização, a promoção da saúde não é a negação da atenção curativa, mas com ela caminha lado a lado.

Para concluir esta seção, resume-se o exposto acima em uma ilustração (Figura 1) de uma linha temporal da estruturação do conhecimento humano e seus reflexos na área da saúde:

Figura 1 - Estruturação do conhecimento humano e seus reflexos na atenção à saúde

1.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE

Sigerist na década de 1940 traz à tona o conceito de promoção da saúde, de forma bastante incipiente, ressaltando esta como um dos pontos contemplados na medicina social. Na década de 1960 este conceito ressurgiu, sendo englobado na prevenção primária, com o incentivo aos hábitos e comportamentos saudáveis e preocupação com a atuação nos fatores de risco (Figueiredo, 2006).

Em 1974, um relatório assinado pelo então Ministro da Saúde do Canadá, conhecido como informe Lalonde, marco da promoção da saúde, acrescentou importantes contribuições ao caracterizar o campo da saúde e afirmar que a assistência à saúde tradicional tinha pouco impacto na promoção da saúde se comparada a outros componentes deste campo. Neste relatório, reafirmou-se a biologia humana, o meio ambiente, os hábitos de vida e a organização da atenção à saúde como importantes determinantes do risco de adoecimento e morte (Brasil, 2002; Figueiredo, 2006).

Em 1978, a OMS realizou na Rússia a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, posteriormente denominada de Conferência de Alma-Ata, a partir da qual foi estabelecida a meta “saúde para todos até o ano 2000”, pautada em estratégias de atenção primária em saúde (Brasil, 2002).

Os principais pontos da Declaração de Alma-Ata ampliam a visão dos cuidados de saúde ao chamar a atenção para a necessidade da intersetorialidade e co-participação da população. É o marco de um novo paradigma em saúde, ao apontar

uma nova concepção de promoção da saúde, mesmo não estando totalmente delineada, reforçando a saúde como elemento central no desenvolvimento humano.

Em 1979, com o informe intitulado “Pessoas Saudáveis”, publicado pelo serviço de saúde pública dos Estados Unidos (Figueiredo, 2006), a promoção da saúde passou a ser diferenciada de prevenção de doença.

Em meados da década de 1980, estudiosos reuniram-se com o objetivo de identificar as estratégias e ações pautadas nos avanços obtidos com a declaração de Alma Ata. A primeira reunião com este objetivo foi em 1986, em Ottawa/Canadá, denominada de I Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Este evento deu origem à Carta de Ottawa para Promoção da Saúde, que é um marco histórico da saúde pública atual (Oliveira, 2007).

Neste documento, promoção da saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação neste processo. Partindo da concepção de saúde proposta pela OMS, afirma que “a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (Oliveira, 2007, p.15). Assim sendo, a saúde passa a ser um indicador de qualidade de vida e depende das condições de existência dos indivíduos (Figueiredo, 2006).

A carta de Ottawa ressalta a importância da equidade em saúde como um dos focos da promoção da saúde. Promover equidade em saúde significa reduzir as desigualdades no estado de saúde das populações e fornecer a possibilidade de

acesso a recursos para uma vida mais saudável (Buss, 1999; Brasil, 2002; Figueiredo, 2006).

Na Conferência de Ottawa foram ressaltados os cinco campos de atuação sobre os determinantes e condicionantes de saúde dos indivíduos e coletividades:

1. Elaboração de políticas públicas saudáveis.
2. Construção de ambientes favoráveis à saúde.
3. Reforço da ação comunitária.
4. Desenvolvimento e aperfeiçoamento de habilidades pessoais.
5. Reorganização dos serviços de saúde.

Na Carta de Ottawa ganha destaque o papel do setor saúde de mover-se no sentido da promoção da saúde e da sua responsabilidade em promover serviços clínicos, “apoando as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo caminho entre os setores de saúde, sociais, políticos, econômicos e ambientais” (Figueiredo, 2006, p. 28).

Outras conferências foram realizadas, originando vários documentos nos quais a Carta de Ottawa é ressaltada como o marco referencial da promoção da saúde. Abaixo são apresentados os principais pontos contemplados nas conferências e seus documentos oficiais com a temática da promoção da saúde (Brasil, 2002; Figueiredo, 2006; Oliveira, 2007):

- II Conferência Internacional – Declaração de Adelaide (Austrália, 1988): ênfase na elaboração de políticas públicas saudáveis; destaque para a importância das políticas econômicas e intersetoriais sobre as condições de

saúde da população; reforço do compromisso com a redução das iniquidades sociais.

- III Conferência Internacional – Declaração de Sundsvall (Suécia, 1991): destaque para a interação e interdependência entre o ambiente e a saúde; foco na criação de ambientes favoráveis à saúde; ênfase para a saúde ambiental e questões ecológicas;
- Conferência Latino-Americana de Santafé de Bogotá – Declaração de Santafé de Bogotá intitulada “Promoção e Igualdade” (Colômbia, 1992): assinada por 21 países do continente americano, aponta para a relação mútua entre saúde e desenvolvimento, destaca a necessidade de solidariedade e equidade para seu alcance;
- IV Conferência Internacional – Declaração de Jacarta (Indonésia, 1997): reforço da ação comunitária e surgimento de novos atores e determinantes de saúde; conclusão de que os métodos de promoção da saúde baseados na combinação das cinco estratégias contempladas na Carta de Ottawa são mais eficazes do que os centrados em um só campo; reforço aos conceitos de *empowerment* (empoderamento) e participação popular.
- Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde, organizado pela OMS em Genebra (Suíça, 1998): originou uma aliança entre 11 países (Bangladesh, Brasil, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Federação Russa e Estados Unidos); constituição de uma agenda de políticas mundiais de promoção da saúde; destaque para a importância de recursos, colaboração intersetorial e uso de tecnologias para promover educação à distância e capacitação da força de trabalho.

- V Conferência Internacional – Declaração da Cidade do México (México, 2000): reconhecimento do impacto das ações e estratégias de promoção da saúde para o desenvolvimento humano; destaque para o papel do governo e co-responsabilidade dos outros setores e níveis da sociedade para a promoção da saúde.
- III Conferência Regional Latino-Americana de Promoção da Saúde e Educação em Saúde – Carta de São Paulo (Brasil, 2002): debate sobre valores como equidade, sustentabilidade e democratização presentes na promoção da saúde; destaque para importância de avaliação das estratégias inovadoras e atualização das bases conceituais do projeto de promoção da saúde e educação para a saúde.
- VI Conferência Internacional – Declaração de Bangkok (Tailândia, 2005): ênfase no estabelecimento de políticas públicas e parcerias para abordar os determinantes de saúde a partir da perspectiva da globalização; reforço aos princípios de equidade e justiça social.

Como se pode perceber, nos últimos 20 anos, o conceito atual e a prática de promoção da saúde surgiram e se desenvolveram de forma mais vigorosa. As conferências contribuíram para que a promoção da saúde fosse cada vez mais considerada nas políticas de saúde dos diversos países. O conteúdo destas conferências e seus documentos remetem à dimensão do empoderamento e da equidade, ou seja, da capacitação e controle das pessoas sobre sua qualidade de vida, com garantias de oportunidades e recursos igualitários para que estas possam desenvolver todo o seu potencial de saúde. Outro importante aspecto encontrado é a intersetorialidade, que tem na interdisciplinaridade o seu fundamento.

A promoção da saúde não diz respeito apenas ao setor saúde, mas envolve um sistema amplo com dimensões biopsicossociais, com implicações políticas, culturais, econômicas, sociais, ambientais, comportamentais e biológicas. Isso exige a busca de parcerias, criação de redes de apoio e cooperação, pois as práticas marcadas por atuações isoladas não são suficientes para lidar com a complexidade das questões de saúde-doença-cuidado hoje apresentadas (Brasil, 2002). É necessário juntar olhares e competências, ao invés de realizar abordagens pautadas em apenas um nível de análise (Raynault, 2002; Almeida Filho, 2005).

A promoção da saúde se constitui numa abordagem mais eficaz para lidar com a complexidade do processo saúde-doença, por englobar diferentes interfaces da realidade objetiva com o intuito de reconhecer os determinantes e condicionantes existentes em um momento histórico, contribuindo para a construção de intervenções que fortaleçam a saúde e melhorem a qualidade de vida da população, superando a concepção de promoção da saúde enquanto ação numa fase pré-patogênica (Oliveira, 2007).

Para lidar com este objeto tão complexo, os serviços de saúde buscam o trabalho em equipes constituídas por profissionais das mais distintas formações. Como aponta Araujo e Rocha (2004, p.456):

Assim, a abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares. Dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença.

Porém o que se nota é que isto não tem resolvido os problemas apresentados nesta área, pois as práticas destes profissionais, muitas vezes bem intencionadas,

acabam sendo fragmentadas, com atuações isoladas, muitas vezes antagônicas, apontando para a grande dificuldade dos profissionais de diferentes especialidades interagirem.

É o que aponta Figueiredo (2006) ao afirmar que a crise no setor de serviços de saúde no Brasil deve-se ao fato da assistência à saúde ainda ser pautada no paradigma flexneriano, sendo o processo saúde-doença visto sob uma ótica fisiopatológica e biologicista, fragmentada, individual e com intervenções cada vez mais especializadas. Este estudioso salienta que a consequência disto é o abuso da especialização e dos recursos tecnológicos, o que encarece o sistema.

Como aponta Capra¹ citado por Figueiredo (2006), para que haja uma mudança de paradigma é essencial uma mudança em nossas próprias percepções, valores e pensamentos, mudanças de visão nas ciências e sociedades. Este autor salienta a importância de adotar uma visão holística que compreenda o mundo como um todo integrado e não como partes separadas. Tanto a interdisciplinaridade quanto a promoção da saúde buscam ampliar a compreensão do homem e do mundo numa abordagem integral, numa visão holística dos aspectos que os envolvem. Dever² citado por Figueiredo (2006) aponta a importância da prevenção das doenças e promoção da saúde para aumentar o grau de saúde das populações, ampliar a compreensão dos prestadores de serviço quanto aos problemas de saúde e adotar uma abordagem integral do indivíduo.

¹ Capra F. *O ponto de mutação*. 21a ed. São Paulo: Cultrix; 2000.

² Dever GEA. *A epidemiologia nos serviços de saúde*. São Paulo: Pioneira; 1988.

Apesar de em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, ter sistematizado as diretrizes e o ideário do novo sistema de saúde, preconizando um sistema único, pautado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação popular, e o relatório final originado desta conferência resgatar as definições amplas de saúde contempladas na Carta de Ottawa, que trazem a importância das condições de habitação, alimentação, transporte, liberdade, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde, no Brasil ainda se depara com graves problemas em relação às práticas assistenciais (Figueiredo, 2006).

A Constituição de 1988 ampliou a assistência médica brasileira, tornando esta um direito dos cidadãos e não somente dos contribuintes previdenciários. Porém, houve um comprometimento do sistema de saúde pública, pois as políticas de saúde não eram pautadas em estudos epidemiológicos, enfatizou-se os serviços de emergência, numa assistência sem continuidade, com baixa resolutividade, com aumento dos custos e desgaste das equipes de saúde. Além de criar na população a crença dos serviços ambulatoriais como demorados e menos efetivos que os serviços emergenciais. Sofrem-se as consequências deste contexto ainda hoje (Becker¹, 2001, citado por Figueiredo, 2006).

Figueiredo (2006, p.30) constata:

A cultura organizacional existente nos setores de saúde do Brasil e, conseqüentemente, nos hospitais (organicista, intervencionista e tecnicamente sofisticada) cria uma dicotomia indissolúvel em relação à rede de atenção primária,

¹ Becker D. *No seio da família: amamentação e promoção da saúde no programa da saúde da família* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

gerando um modelo de ineficácia, exclusão, iniquidade e insatisfação.

Visando a lidar com estes problemas, as propostas de organização das práticas de promoção da saúde fazem um chamado à interdisciplinaridade, remetendo a dois dos seus principais pressupostos:

- Restituição da biografia dos indivíduos, valorizando seus vínculos culturais e sociais enquanto reafirma como sujeitos do seu processo saúde-doença, portanto, num movimento dialético;
- Constituição de equipes integradas e dispostas ao intercâmbio de conteúdos e tarefas.

As práticas interdisciplinares na promoção da saúde, em princípio, favorecem a ruptura dos modelos hegemônicos, verticais e dicotomizantes na saúde, que separam a saúde da doença, o preventivo do curativo, o especialista do generalista, contemplando a saúde como processo.

1.3. INTERDISCIPLINARIDADE

A interdisciplinaridade se faz presente cada vez mais na área da saúde. Permitindo uma melhor compreensão da complexidade dos fenômenos, diminuindo os efeitos muitas vezes catastróficos da fragmentação do conhecimento e

favorecendo uma assistência humanizada pela percepção do homem em suas diversas dimensões (Gattás, 2005).

Muitos são os esforços para de fato se efetivar a interdisciplinaridade, mas como aponta Gattás (2005, p.40): “A interdisciplinaridade é algo pressentido, desejado e buscado, mas ainda não atingido”. Para Frigotto (2008) a interdisciplinaridade é uma necessidade histórica, um desafio a ser decifrado.

Em 1970, iniciou-se no Brasil a busca pela definição de interdisciplinaridade. Este termo, como aponta Fazenda (2007), era uma palavra difícil de ser pronunciada, decifrada e, antes disto, traduzida. Grande foi a dificuldade de se chegar a um acordo quanto à escrita e significado deste termo, pois ele, como aponta Fazenda (2007, p.18):

(...) anunciava a necessidade de construção de um novo paradigma de ciência, de conhecimento, e a elaboração de um novo projeto de educação, de escola e de vida.

No Brasil, encontram-se duas traduções: interdisciplinaridade, cuja origem vem do francês e inglês e interdisciplinarietà, de origem espanhola, o que torna difícil até mesmo uma pesquisa bibliográfica com esta temática.

Fazenda (2007) chama a atenção para a forma como a interdisciplinaridade chegou ao Brasil ao final da década de 1960: repleta de distorções e modismos. O termo interdisciplinaridade tornou-se palavra de ordem a ser empreendida, porém, sem reflexão quanto a seus princípios e dificuldades de realização. O que acontece ainda nos dias atuais.

A crítica à disciplinaridade e discussão sobre a interdisciplinaridade são feitas por diversos autores que se dividem em algumas vertentes, entre as quais, três se destacam: a humanista, a social crítica e a da complexidade.

A vertente humanista, cujo principal representante é Hilton Japiassu, pauta-se na filosofia do sujeito, propondo que o diálogo entre as várias áreas do conhecimento parte de uma mudança de espírito dos próprios pesquisadores e que para superar o positivismo científico é imprescindível a articulação entre pesquisa e ensino (Porto e Almeida, 2002).

A vertente social crítica, representada por nomes como Minayo e Jantsch, tem como foco a dimensão histórica e social da produção de conhecimento, fundamentada numa crítica marxista que vê a ciência moderna subordinada à lógica da divisão social e técnico-científica do trabalho, no modo de produção capitalista (Porto e Almeida, 2002).

Na vertente da complexidade, com autores como Morin e Almeida Filho, temos como característica marcante a crítica epistemológica à ciência contemporânea, com a incorporação do tema da complexidade e da perspectiva sistêmica, contribuindo para o aprofundamento teórico-metodológico em torno das diferentes estratégias de integração das disciplinas (Porto e Almeida, 2002).

No presente estudo, não se optou por restringir a uma única vertente, até mesmo porque esta divisão, que é muito mais didática, não significa que os estudos de cada vertente sejam excludentes entre si, pelo contrário, existem concordâncias e heterogeneidades dentro de cada vertente. Porém, tomou-se como principal

referencial teórico os estudos de Hilton Japiassu, por este propor uma metodologia interdisciplinar.

É a partir deste autor que se busca a definição de interdisciplinaridade e suas ramificações: multi, pluri e trans. Lembrando que o conceito de interdisciplinaridade não tem um sentido único, surge de diferentes demandas, de diversas visões de mundo, muitas destas divergentes entre si (Jantsch e Bianchetti, 2008).

Na Tabela 2, são apresentadas as definições propostas por Japiassu (1976) sobre as formas de organização disciplinar e os principais pontos que as caracterizam: objetivo, metodologia e linguagem comuns, grau de interação entre as disciplinas envolvidas, existência de coordenação e níveis hierárquicos, manutenção do conhecimento fragmentado ou construção de um conhecimento mais amplo e unificado. Foram utilizados de forma ilustrativa para diferenciar as organizações disciplinares três níveis de graduação: nada, parcialmente e totalmente.

Tabela 2 - Resumo das definições e pontos que caracterizam as organizações disciplinares, com base nos estudos de Japiassu (1976)

	Multi	Pluri	Inter	Trans
Pontos característicos	Justaposição de profissionais e recursos de diferentes disciplinas.	Agrupamento, intencional ou não, de disciplinas, mas a partir do qual se estabelecem algumas relações.	Interação entre diferentes disciplinas, que se envolvem em um projeto comum do qual se produz um conhecimento mais amplo.	Rompimento das fronteiras disciplinares, com estabelecimento de uma axiomática comum a partir da qual as disciplinas se organizam.
Objetivos comuns	Nada	Parcialmente	Totalmente	Totalmente
Interação	Nada	Parcialmente	Totalmente/Intensa	Totalmente/Muito intensa
Método comum	Nada	Parcialmente	Totalmente	Totalmente
Linguagem Comum	Nada	Parcialmente	Totalmente	Totalmente
Trabalho Integrado	Nada	Parcialmente	Totalmente	Totalmente
Conhecimento Integrado	Nada	Parcialmente	Totalmente	Totalmente
Níveis hierárquicos	Nível único	Nível único	Diferentes níveis	Diferentes níveis

Um dos pontos fundamentais para determinação do nível de organização disciplinar é o estabelecimento de um objetivo comum a todas as disciplinas envolvidas no projeto, a partir da discussão entre os profissionais, cada um dando sua contribuição para que haja acordo quanto à finalidade e destinação do projeto.

Outro elemento é a intensidade das trocas entre as disciplinas. A interdisciplinaridade se caracteriza justamente pela interação intensa, pela colaboração, participação efetiva nos espaços de discussão, pela reciprocidade nos intercâmbios. Interação não significa adição de especialidades, mas um processo do qual se espera o enriquecimento de cada disciplina e a superação das fronteiras disciplinares.

Japiassu (1976) afirma que confrontar e harmonizar os vocabulários e as línguas é a primeira condição do interdisciplinar, isto que levaria à elaboração de uma interlinguagem. Falar em metodologia e linguagem comuns significa entrar em acordo quanto aos conceitos e métodos utilizados e compreender o que está sendo utilizado, identificando pontos de convergência e divergência, com respeito pela autonomia dos diferentes métodos e linguagens das disciplinas. Portanto, não significa a negação dos métodos e linguagens de cada disciplina, mas a partir do encontro tem-se a possibilidade de criar inclusive novos métodos e terminologias.

A interdisciplinaridade se caracteriza pela existência de um trabalho integrado, a partir do conhecimento por todos os envolvidos quanto às regras de divisão do trabalho, os papéis e responsabilidades de cada disciplina e membros das equipes, o que favorece a cooperação. É importante que haja coordenação das práticas, o que é favorecido pelo processo interativo. A predominância de práticas

fragmentadas, realizadas de forma isolada não permite a existência de interdisciplinaridade.

Esta forma de organização disciplinar se caracteriza ainda pela construção de um conhecimento integrado, amplo, complexo, constituído pela contribuição das diferentes disciplinas envolvidas no projeto. Não se trata da justaposição de dados derivados de várias disciplinas, mas da discussão de cada especialista sobre um mesmo problema, na linha de sua especialidade, com objetivo de promover saberes reunidos, integrados, em prol de um conhecimento mais completo e menos unilateral.

A existência de hierarquia dentro de um trabalho em equipe tem como objetivo favorecer a cooperação entre as disciplinas, promover um trabalho organizado, facilitar as relações. Porém, não deve ser rígida, deve ser conduzida em um clima democrático de trabalho.

Japiassu (1976), em seu livro “Interdisciplinaridade e Patologia do Saber”, forneceu uma importante contribuição quando expôs os passos para o estabelecimento de uma metodologia interdisciplinar, que consiste nos elementos necessários para que um projeto possa tornar-se factível. Estes passos seriam:

- A constituição de uma equipe de trabalho, com a apropriação de um espaço onde cada especialista reflita e possa expor sua pesquisa, conscientizando-se dos limites e contribuições de sua disciplina, criando com os demais um programa de trabalho que favoreça as trocas, a comunicação e a informação.
- Estabelecimento de conceitos-chave, com o objetivo de favorecer a comunicação entre os membros da equipe. A criação de uma linguagem comum não significa

que o especialista terá que sacrificar a terminologia de sua disciplina para adotar a de outra, ou que terá que utilizar os mesmos conceitos, mas sim que é necessário que tenha consciência das particularidades terminológicas impostas, que seja capaz de compreender de forma ampla e inteligível a linguagem dos demais, conhecendo as interconexões dos termos, transpondo para sua disciplina o vocabulário e a ótica dos outros profissionais. E, assim, não caia no erro de empregar os conceitos com significações diversas ou equívocas.

- Delimitação do problema, que surge da contribuição dos diferentes profissionais, que expõem seus pontos de vista, que vão se complementando para se chegar a um empreendimento comum.
- Divisão de tarefas e demarcação das responsabilidades – funções, papéis, estatutos e autoridades – de cada profissional frente ao projeto comum. O conhecimento das regras de divisão do trabalho é fundamental para que cada um saiba da sua responsabilidade e esteja ciente de que pode contar com a colaboração dos demais.
- Comunicação de resultados. Estes devem ser compartilhados, após terem sido analisados, possibilitando aos diferentes profissionais a descoberta de interconexões. O processo de análise deve incluir a previsão e a prospecção. A primeira relaciona-se ao momento de se levantar as incompatibilidades que possam surgir dos dados apresentados. A segunda, ao momento de estabelecer objetivos a partir do diagnóstico da situação atual e de sua evolução, para que se possa extrair a orientação e a decisão a serem tomadas.

Muitas críticas foram feitas à proposta metodológica de Japiassu (1976), como por exemplo, por Jantsch e Bianchetti (2008), porém ainda hoje ela parece

atual e procedente. Por isto, pautado no trabalho deste autor, optou-se por analisar as relações disciplinares estabelecidas na promoção da saúde, tendo como referência de estudo o caso do Centro de Promoção da Saúde do Serviço de Clínica Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CPS-HCFMUSP), buscando levantar os nós críticos e os facilitadores para a existência de um trabalho de fato interdisciplinar.

Um sonho que se sonha só,

É só um sonho que se sonha só,

Mas sonho que se sonha junto

É realidade.

(Prelúdio – Raul Seixas)

2. OBJETIVO

Discutir aspectos das relações disciplinares entre profissionais de saúde, incluindo barreiras e facilitadores à prática da interdisciplinaridade, tomando como referência o caso de um centro universitário voltado ao ensino e pesquisa em promoção da saúde e prevenção de doenças na prática clínica.

*Prova de inteligência não é possuir toda as
ferramentas. É possuir as ferramentas de
que se vai precisar. Sabedoria oriental: “O
tolo soma ferramentas. O sábio diminui as
ferramentas”. O importante não é ter. É
saber onde encontrar.*

(Rubem Alves)

3. METODOLOGIA

3.1. CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Centro de Promoção da Saúde do Serviço de Clínica Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CPS-HCFMUSP), uma vez que este:

1) Proporciona atividades voltadas à pesquisa e ao ensino de graduação e pós-graduação de diferentes áreas profissionais, tendo como foco a promoção da saúde e a prevenção de doenças;

2) É considerado uma referência em termos de práticas clínicas preventivas e de promoção da saúde;

3) A equipe é constituída por profissionais de diferentes áreas da saúde.

O CPS-HCFMUSP, embora inserido em uma instituição macro-hospitalar pública voltada a atender pacientes que necessitam de tratamentos complexos, baseia-se num novo modelo de prática clínica, a qual parte de uma perspectiva que privilegia um olhar abrangente frente às questões de saúde.

Está integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e atende usuários das mais diferentes camadas sociais, enfocando, principalmente, fatores de risco à saúde, sejam eles ambientais, ocupacionais, sociais, comportamentais, emocionais, físicos ou outros.

As suas atividades, fortemente embasadas em evidências científicas de boa qualidade, incluem:

- 1) Palestra inicial aos usuários, abordando aspectos gerais de promoção da saúde e orientações sobre o funcionamento do próprio serviço;
- 2) Atendimento ambulatorial, que inclui aconselhamentos para hábitos seguros e saudáveis, rastreamento e quimioprevenção de doenças, efetuado por estudantes e residentes de medicina sob supervisão de médicos assistentes do Serviço de Clínica Geral do HCFMUSP e do CPS-HCFMUSP;
- 3) Intervenções multidisciplinares com grupos de usuários, abordando temas como: atividade física, reeducação nutricional, cessação do tabagismo, enfrentamento de stress;
- 4) Desenvolvimento de pesquisas nas diferentes áreas da saúde, cuja linha mestra é a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

A sua equipe conta ou contou em algum momento, desde a sua criação em 1999, com profissionais de diferentes áreas: educação física, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia, pedagogia, psicologia,

terapia ocupacional, entre outros. Estes profissionais, em sua maioria, atuam em caráter voluntário ou como complemento de ação acadêmica (mestrado e doutorado).

3.2. SUJEITOS DO ESTUDO

A escolha dos sujeitos a serem observados e entrevistados seguiu os seguintes critérios:

- 1) Formação universitária completa ou parcial;
- 2) Atuação em promoção da saúde ou prevenção de doenças, através do ensino, pesquisa ou prestação de serviços aos usuários;
- 3) Ter participado da formação do CPS-HCFMUSP ou contribuir para este serviço.

Como critério para interromper a inclusão de novos participantes, utilizou-se a saturação teórica, ou seja, a inclusão de novos participantes não acrescentar conhecimentos adicionais.

Participaram deste estudo 25 profissionais, de ambos os sexos: um (1) dentista, três (3) educadores físicos, três (3) enfermeiros, dois (2) fisioterapeutas, um

(1) fonoaudiólogo, cinco (5) médicos, seis (6) nutricionistas, um (1) pedagogo, dois (2) psicólogos, um (1) terapeuta ocupacional.

3.3. TIPO DE ESTUDO

Este estudo teve seus procedimentos pautados na metodologia qualitativa em saúde. Optou-se por esta abordagem metodológica pelos seguintes motivos:

1) Por permitir o desenvolvimento de um estudo que favorece a abordagem das concepções dos sujeitos envolvidos na investigação, possibilitando analisar a complexidade dos fenômenos relacionados a questões psicossociais, estabelecer a relação entre a totalidade social e a singularidade subjetiva, possibilitando a captação da perspectiva dos sujeitos (Ludke e Andre, 1986; Oliveira, 2003).

2) Trabalha através de descrições detalhadas dos significados, captando percepções, emoções e as interpretações dos sujeitos dentro do seu contexto (Minayo, 1993).

3) A análise qualitativa aprofunda nas relações humanas, um lado muitas vezes não mensurável e que pode passar de forma imperceptível. Além de contribuir para maior aproximação com o objeto de estudo, apreender aspectos singulares e específicos de uma dada realidade (Gattás, 2005).

4) Revela condições estruturais, sistemas de valores, normas, símbolos, além de permitir a captação de representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (Figueiredo, 2006).

5) Permite compreender os comportamentos e experiências do homem, o processo pelo qual constrói significados e em que estes consistem (Camelo, 2006).

3.4. PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

A fase preparatória deste estudo, definida por Minayo (1993) como fase exploratória da pesquisa, compreendeu a escolha do tópico de investigação, a definição do objeto e dos objetivos, a construção do marco teórico conceitual, pautada numa revisão bibliográfica e a construção dos instrumentos de coleta dos dados.

A fase seguinte foi o trabalho de campo, onde houve a combinação de duas técnicas de coleta dos dados: observação participante e entrevistas semi-estruturadas.

Observação participante: a escolha deste procedimento se justifica por ele possibilitar um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado, permitindo a aproximação com a perspectiva dos sujeitos envolvidos no estudo, acompanhando de perto as experiências destes e o significado que atribuem à

realidade que vivenciam e às suas ações, captando elementos que não podem ser apreendidos pela fala ou pela escrita (Ludke e Andre, 1986; VÍctora, 2000; Figueiredo, 2006).

A observação das atividades do CPS-HCFMUSP teve duração de dois semestres, segundo de 2006 e primeiro de 2007. Foi realizada pela própria pesquisadora, que acompanhou oito atividades propostas por este ambulatório: palestra inicial, reuniões de equipe e pesquisa, discussão de casos clínicos e grupos de apoio (cessação do tabagismo, controle de stress, controle de dores osteomusculares, controle alimentar, com foco em alimentação saudável e prática de atividade física). Foi observada a prática de 21 profissionais: quatro (4) médicos, um (1) fisioterapeuta, um (1) dentista, um (1) terapeuta ocupacional, dois (2) enfermeiros, três (3) educadores físicos, seis (6) nutricionistas, um (1) psicólogo, um (1) pedagogo, um (1) fonoaudiólogo. Para melhor coleta dos dados utilizou-se um roteiro de observação. Cada profissional foi identificado por uma sigla, constituída pela letra P seguida de um número (Ex.: P1, P2, P3).

O uso desta técnica contribuiu para identificar as pessoas que seriam convidadas a participarem da fase seguinte de coleta dos dados, as entrevistas.

Entrevista semi-estruturada: a escolha deste método é devido ao fato dele permitir a captação imediata e corrente da informação desejada, além de possibilitar correções, esclarecimentos e adaptações ao longo do diálogo estabelecido com o entrevistado, contribuindo para uma maior eficácia na obtenção das informações desejadas (Ludke e André, 1986). Utilizou-se de um guia de entrevista, constituído por questões mais ou menos abertas, o que contribui para a comparabilidade dos

dados (Flick, 2004). A entrevista semi-estruturada capta as falas dos sujeitos e permite remetê-las ao objetivo do estudo. Trata-se de uma conversa com finalidade, mas permitindo a abertura e aprofundamento da comunicação (Gattás, 2005). Estas tiveram início em março de 2007 e se estenderam até outubro deste ano. Foram realizadas pela própria pesquisadora, que entrava em contato com os profissionais considerados informantes-chave para o estudo, agendando a entrevista para o local e horário mais apropriado para o entrevistado. As entrevistas foram realizadas individualmente após a assinatura do termo de consentimento pelo entrevistado. A grande maioria foi realizada no próprio espaço do CPS-HCFMUSP, na sala de check up ou em consultórios médicos. Foram gravadas, com autorização do entrevistado, para que o maior número de dados fosse registrado e para que a atenção do entrevistador fosse totalmente voltada para o entrevistado, conforme sugere Ludke e André (1986). Cada entrevista foi identificada por uma sigla, constituída pela letra E seguida de um número (Ex.: E1, E2, E3).

Dezesseis (16) profissionais foram entrevistados: um (1) dentista, dois (2) enfermeiros, cinco (5) médicos, dois (2) educadores físicos, um (1) fisioterapeuta, três (3) nutricionistas, um (1) psicólogo e um (1) terapeuta ocupacional. Destes, doze (12) estavam em atuação no CPS-HCFMUSP e foram observados em atuação, os outros quatro (4) não estavam atuando no momento da pesquisa no CPS-HCFMUSP e não tiveram suas práticas observadas.

A média de duração de cada entrevista foi de 52 minutos, totalizando aproximadamente 14 horas de gravação. A transcrição foi realizada pela pesquisadora, após toda a coleta de dados.

Posteriormente os dados foram submetidos à análise de conteúdo.

3.5. INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Como dito anteriormente, os dados foram coletados através da observação participante e entrevista semi-estruturada. Os instrumentos de coleta dos dados foram construídos pela pesquisadora, tendo como base o referencial teórico deste estudo, portanto, contemplando os pontos considerados por Japiassu (1976) em sua metodologia interdisciplinar:

- Existência de objetivos comuns
- Interação
- Linguagem e metodologias comuns
- Trabalho integrado
- Conhecimento
- Níveis hierárquicos

Na fase da observação participante, com o objetivo de realizar as anotações de campo, utilizou-se de fichas estruturadas de protocolo, o “roteiro de observação” (Anexo 1), através do qual procurava-se identificar os pontos supracitados, descrever as atividades e equipes observadas e os aspectos situacionais. Portanto, o foco da observação foi o processo de trabalho da equipe, verificando a existência de objetivo

e linguagem comuns, uso de conceitos-chave, domínio pelos profissionais dos conceitos e metodologias empregados, a comunicação, a divisão de tarefas e responsabilidades, a integração da equipe, a abertura a outros enfoques e modificação entre as disciplinas. Com o olhar tanto para o processo de trabalho na equipe quanto em relação ao CPS-HCFMUSP como um todo.

Quanto à entrevista também foi seguido um roteiro pré-determinado (Anexo 2), com perguntas controladas pela teoria, mas deixando fluir a comunicação entre o entrevistado e o entrevistador. As questões visavam a tornar mais explícitas os conhecimentos e percepções implícitas do entrevistado. O objetivo do roteiro foi contemplar os pontos que caracterizam as relações disciplinares, também pautado na metodologia interdisciplinar proposta por Japiassu (1976).

O roteiro da entrevista foi dividido em seis partes:

- 1) Perfil profissional: dados sobre a formação e atuação profissional.
- 2) Relação do entrevistado com o CPS-HCFMUSP: atividades que realiza, vínculo empregatício, tempo de atuação e o que motiva a atuar nesta instituição.
- 3) Percepção do entrevistado sobre promoção da saúde e o CPS-HCFMUSP.
- 4) Relação do entrevistado com o funcionamento geral do CPS-HCFMUSP, através do levantamento dos pontos que caracterizam a metodologia interdisciplinar proposta por Japiassu (1976).

5) Relação do entrevistado com a equipe de trabalho direto, através do levantamento dos pontos que caracterizam a metodologia interdisciplinar proposta por Japiassu (1976).

6) Percepções do entrevistado em relação à interdisciplinaridade na promoção da saúde: definição de interdisciplinaridade, facilitadores e obstáculos à interdisciplinaridade na promoção da saúde, tomando como referência o CPS-HCFMUSP.

3.6. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Com base na literatura sobre interdisciplinaridade, mais especificamente nas contribuições de Hilton Japiassu, os dados levantados na observação participante e entrevistas foram submetidos à análise qualitativa, através da análise de conteúdo de Bardin (1977), modalidade temática.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas desenvolvidas para analisar comunicações, através do uso de métodos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Tem como objetivo a inferência de conhecimentos relativos às condições de sua produção com a ajuda de indicadores que podem ser ou não quantitativos (Bardin, 1977). Esta forma de análise tem como foco a exploração dos dados. O pesquisador assume a postura de um “detetive” que através de

inferência de conhecimento do assunto estudado analisa os dados fazendo deles surgir resultados significativos (Bardin, 1977).

Entre as técnicas utilizadas na análise de conteúdo encontra-se a categorização, que se constitui no desmembramento do texto em unidades, segundo reagrupamentos analógicos. Tem como função fornecer uma representação simplificada dos dados brutos. As categorias fornecem os elementos necessários a uma análise conclusiva (Camelo, 2006).

Dentre as formas de categorização tem-se a análise temática que, como apontado por Bardin (1977), é um método rápido e eficaz aplicado a discursos diretos e simples. Contempla os núcleos de sentido, a presença ou frequência, conforme Minayo (1993). Nesta pesquisa levou-se em consideração apenas a presença do tema no contexto do discurso ou na prática observada, sem levar em conta a frequência com que o mesmo apareceu ao longo do estudo.

Segundo Bardin (1977), a análise temática divide-se em três etapas, as quais foram rigorosamente seguidas neste estudo:

1) **Pré-análise:** seleção do material a ser analisado; revisão das hipóteses e objetivos e, se necessário, reformulação destes; elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Como tarefas nesta fase se têm:

- *Leitura flutuante:* leitura do material a ser analisado, visando à familiarização com este, adquirindo impressões e orientações pelo contato estreito com seu conteúdo.

- *Corpus de análise*: organização do material a ser analisado, de forma que eles sigam algumas regras:
- Exaustividade: considerar todos os elementos obtidos pelo instrumento de coleta de dados.
 - Representatividade: represente o universo pretendido.
 - Homogeneidade: obedecer a critérios precisos de escolha quanto a temas, técnicas e interlocutores.
 - Pertinência: o material analisado deve ser pertinente ao objetivo da pesquisa.
- *Formulação de hipóteses e objetivos*: levantar afirmações que podem ser confirmadas ou preteridas após a análise e verificar a meta geral a ser atingida e cujos resultados serão utilizados.

2) **Exploração do material**: consiste em operações de codificação, ou seja, na transformação sistemática dos dados brutos, por recorte, agregação e enumeração, com o objetivo de formar uma representação do conteúdo e, conseqüentemente, atingir a compreensão do texto (Bardin, 1977). O recorte pode ser por palavra, frase, tema, personagem, acontecimento, de acordo com o que foi determinado na pré-análise. Posteriormente segue a regra de contagem ou enumeração. Em seguida, são realizadas a classificação e agregação dos dados (Camelo, 2006). Optou-se neste estudo pelo recorte por temas pré-definidos, com base na teoria que serve de alicerce a este estudo.

3) **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:** os dados podem ser analisados tanto pela abordagem quali quanto pela quantitativa. No presente estudo, como foi dito, optou-se pela análise qualitativa.

Seguindo as orientações quanto à utilização deste método de análise, após a transcrição das entrevistas, realizou-se a leitura do material ainda em estado bruto. Posteriormente a esta leitura geral, foi realizada uma segunda leitura, levantando pontos significantes para o estudo. Depois os dados foram organizados numa planilha, onde foram registradas as respostas de cada participante para as respectivas perguntas. Cada coluna era constituída por uma questão, as linhas continham as respostas dos participantes.

Na fase seguinte, foram grifadas palavras ou frases que remetessem ao tema do estudo e fossem coerentes com o referencial teórico.

Os dados foram categorizados de acordo com a importância para compreensão da interdisciplinaridade, e a partir daí a interpretação foi sendo realizada, fazendo-se a junção com os dados levantados na observação participante e tendo como norteador o referencial teórico já descrito (Japiassu, 1976).

3.7. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto foi submetido à aprovação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, conforme resolução 196/96, de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Os procedimentos somente foram iniciados após terem sido devidamente autorizados pela CAPPesq e pelas autoridades envolvidas no estudo (Anexo 3).

Antes dos procedimentos de coleta de dados, foi solicitado aos participantes que assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 4), devidamente aprovado pela CAPPesq.

O sigilo dos participantes foi resguardado identificando as transcrições dos discursos dos entrevistados por siglas constituídas pela letra E seguidas de um número de identificação (Ex.: E1, E2, E3).

Os nomes de outros colaboradores citados pelos entrevistados foram substituídos por letras para resguardar a identidade dos profissionais.

*Nunca houve tanta possibilidade de
felicidade quanto agora. Aquilo que já
sabemos chega para a gente fazer um
paraíso na Terra. E por que é que não o
fazemos? Porque o conhecimento não
basta. Sabedoria não se consegue com a
soma de conhecimentos.*

(Rubem Alves)

4. RESULTADOS

4.1. OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Nesta seção, serão apresentadas, primeiramente, a descrição das atividades observadas na época do levantamento e o perfil dos sujeitos do estudo em atuação naquelas atividades observadas, posteriormente, os principais achados, divididos em categorias e suas subdivisões.

4.1.1. Descrição das Atividades Observadas

Palestra Inicial (PI):

Porta de entrada ao serviço, as palestras eram realizadas semanalmente no CPS-HCFMUSP com o objetivo de inserir os clientes no programa e informá-los quanto ao funcionamento geral do serviço oferecido, seus objetivos e limitações e

orientá-los, sumariamente, quanto à importância de uma alimentação saudável, prática de atividade física, controle do stress, sexo seguro e prevenção de acidentes.

As palestras contaram com a participação de profissionais de diferentes áreas de atuação. Quando era realizada por especialistas em diferentes áreas, cada um ficava responsável por um tema específico, porém quando a palestra era ministrada apenas por um profissional este desenvolvia todos os temas. Geralmente este profissional possuía formação específica em Promoção da Saúde.

As palestras tiveram duração de 1 hora e 30 minutos e ao final os clientes eram agendados para uma consulta médica.

Cada palestra recebeu em média 30 participantes.

Consultas Médicas (CM) – Discussão de casos clínicos:

As consultas individuais com foco em promoção da saúde, pautadas em ações de rastreamento, quimioprofilaxia e aconselhamento, eram realizadas por residentes de primeiro ano do HCFMUSP ou internos do quinto ano do curso de medicina da FMUSP, orientados por médicos supervisores e, eventualmente, por especialistas de outras disciplinas. Os internos e residentes avaliavam os clientes nos consultórios localizados no Ambulatório Geral e Didático do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (AGD-HCFMUSP). Posteriormente, discutiam os casos com os preceptores na sala de discussão e retornavam para o consultório para realizar

as ações definidas por consenso na discussão. De acordo com cada caso, o cliente podia ser encaminhado para as atividades grupais, para serviços de tratamento especializado, continuar o acompanhamento ambulatorial no CPS ou ter alta.

Grupos de apoio:

Quatro meses após a inauguração do CPS-HCFMUSP, em setembro de 1999, tiveram início as intervenções em grupo. Estas atividades de aconselhamento em promoção da saúde têm como foco a aquisição de hábitos saudáveis.

O referencial metodológico utilizado nas intervenções grupais foi previamente discutido pela equipe. Pautados na medicina baseada em evidências, nas indicações das forças tarefas americana¹ (US Preventive Services Task Force) e canadense² (Canadian Task Force on Preventive Health Care) sobre aconselhamento de hábitos de saúde, optou-se por embasar as intervenções nos modelos Transteórico (Prochaska e Di Clementi) e Cognitivo-Comportamental (Beck).

A alta rotatividade dos profissionais que coordenavam os grupos era uma característica do serviço que predominou desde o início das atividades, pois poucos eram os profissionais com vínculo empregatício com a instituição. Isso dificultou a avaliação das práticas e o treinamento das equipes.

¹ Para consulta veja www.ahrq.gov/clinic

² Para consulta veja www.ctfphc.org

Nos primeiros anos de intervenção, o CPS-HCFMUSP contava com a presença de uma psicóloga que supervisionava as atividades. Porém, após o afastamento desta, os grupos passaram a ter apenas os coordenadores das atividades não sendo mais supervisionados por um profissional daquela área.

A coordenação do grupo era realizada por especialistas em diversas áreas (enfermagem, terapia ocupacional, psicologia, educação física, nutrição, medicina, fisioterapia, etc). Quando havia supervisão, predominava o esquema de um coordenador e um co-coordenador por grupo.

Os grupos possuíam formato pré-definido. Cada grupo tinha duração específica, sendo todos semanais, com manutenções por um ano. Tinha duração de 2 horas por sessão, com uma média de 15 participantes por grupo, encaminhados pelos médicos após a consulta e alguns retornos. Duas faltas consecutivas ou três faltas intermitentes durante o processo de intervenção era considerado fator de exclusão do grupo, o que estava estabelecido no contrato com os clientes.

Os grupos utilizavam material impresso com orientações sobre os temas trabalhados.

Grupo com foco em cessação do tabagismo (GCT):

O grupo com foco em cessação do tabagismo tinha como objetivo o trabalho em relação à dependência química, comportamental e psicológica relacionadas ao uso de tabaco. Utilizava em sua intervenção os modelos transteórico e cognitivo-

comportamental, metodologias participativas e técnicas de cenas. De acordo com a necessidade e avaliação dos coordenadores o cliente podia ter acesso ao adesivo de nicotina.

Eram realizados oito encontros semanais, seguidos de manutenção com encontros mensais por um ano. A duração das sessões era de 2 horas.

Houve uma grande rotatividade de profissionais que já coordenaram esta atividade, em sua grande maioria, voluntários com formações em diversas áreas, como psicologia, enfermagem, medicina, odontologia, terapia ocupacional. O grupo também contava com a colaboração de multiplicadores, pessoas que participaram do grupo como clientes, mudaram o hábito e continuaram ajudando no processo de mudança dos outros integrantes e na operacionalização das atividades (agendamentos, distribuição do material, anotações). E ainda, constantemente, havia a presença de profissionais de outras instituições que participavam dos grupos como observadores a fim de aperfeiçoarem-se e reproduzirem a atividade em outros espaços.

Grupo com foco em comportamento alimentar e prática de atividade física (GCAAF):

No início, o grupo tinha como foco a atividade física, sendo coordenado por educadores físicos e fisioterapeutas. Posteriormente, deste grupo originaram-se outros dois: um com foco em dores osteomusculares; outro com associação entre a atividade física e a nutrição visando à mudança do comportamento alimentar e à

prática de atividade física regular. Assim, o GCAAF passou a ser coordenado por educadores físicos, nutricionistas e psicólogos, mudando a abordagem e estratégias utilizadas.

O GCAAF era destinado às pessoas com sobrepeso e obesidade, pessoas com hábito alimentar irregular e sedentárias.

A princípio, o grupo era realizado semanalmente por seis encontros, com manutenções mensais por um ano. Passou, posteriormente, para seis encontros semanais, dois encontros quinzenais, seguidos de manutenção com encontros mensais, conforme a proposta da teoria cognitivo-comportamental. Neste grupo também predominava o embasamento metodológico do modelo transteórico.

As sessões contemplavam momentos informativos, com conteúdo pré-estabelecido, mas que de acordo com a necessidade sofria alterações ao longo do processo grupal. Essas informações eram referentes tanto à parte da atividade física, quanto à do comportamento alimentar, que envolvia também a psicologia. Eram realizadas caminhadas e alongamentos em cada sessão e, em momentos específicos do processo, avaliações nutricionais (cálculo do índice de massa corpórea - IMC e medida da circunferência abdominal).

Grupo com foco em reeducação alimentar (GRA):

O grupo de reeducação alimentar era realizado por nutricionistas e estagiários de nutrição vinculados à Divisão de Nutrição e Dietética (DND) do HCFMUSP, através de uma parceria entre o CPS-HCFMUSP e este setor, portanto, os coordenadores do grupo não eram diretamente ligados ao CPS- HCFMUSP.

Os grupos tinham o formato de seis sessões semanais e manutenções mensais por um ano, com encontros com duração de 2 horas. Destinavam-se a pessoas com IMC superior a 30 (obesos) ou inferior a 18,5 (pessoas com baixo peso).

Contemplavam avaliações de nutrição, informações com cronograma pré-estabelecido, sujeito a mudanças para adequar às necessidades de cada grupo. Se necessário, era prescrita dieta aos participantes, diferentemente do outro grupo que também abordava as questões nutricionais, no qual não eram prescritas dietas.

Grupo com foco em gerenciamento de stress (GGS):

Este grupo passou por diversas modificações ao longo dos anos de funcionamento do CPS-HCFMUSP, tendo como foco a princípio o manejo das fontes de stress, posteriormente o incentivo às mudanças dos hábitos de saúde e, na época, o foco era a aquisição de estratégias de enfrentamento do stress (coping) e as mudanças dos hábitos de saúde visando à promoção da saúde e qualidade de vida de seus participantes.

O grupo tinha formato aberto, no qual em cada semana era trabalhada uma temática, com estratégias específicas, através do uso de metodologias participativas e dos modelos Transteórico e da Teoria Cognitivo-Comportamental.

Já participaram da coordenação desta atividade: psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais. Característica da instituição, a rotatividade de profissionais sempre foi grande, pois em sua maioria, eles eram voluntários.

Grupo com foco em controle de dores osteomusculares (GDO):

Derivado do grupo de atividade física, o grupo de dores osteomusculares preconizava a prática de atividade física para o alívio das dores.

Coordenado por fisioterapeutas, os grupos aconteciam semanalmente por cinco encontros, com sessões de 2 horas de duração, com manutenções esporádicas.

Eram realizadas caminhadas e alongamentos durante a sessão.

Reuniões Mensais de equipe e pesquisa (RM):

As reuniões realizadas mensalmente no CPS-HCFMUSP tinham como objetivo discutir as práticas realizadas no ambulatório tanto em nível de assistência quanto de pesquisa e ensino. Era a oportunidade dos profissionais encontrarem-se,

interagirem, levantar facilitadores e obstáculos às práticas e às pesquisas em andamento e atualizarem os conhecimentos em promoção da saúde. Além de ser uma oportunidade de padronização das atividades.

As reuniões aconteciam geralmente na segunda quinta-feira de cada mês, sendo dividida em dois momentos, com duas horas de duração cada, reunião de equipe de intervenção e reunião de pesquisa, destinadas aos mestrandos e doutorandos na área de promoção da saúde cujos estudos estivessem vinculados ao CPS-HCFMUSP.

Os participantes destas reuniões eram mestrandos e doutorandos, coordenadores dos grupos de apoio, preceptores, enfim toda a equipe do CPS-HCFMUSP, além de pessoas interessadas em conhecer um pouco mais da promoção da saúde, como por exemplo, os membros da ABPS – Associação Brasileira de Promoção da Saúde.

No histórico do CPS-HCFMUSP sempre constaram reuniões, antes com uma frequência maior, quinzenalmente, por exemplo, mas nos últimos anos predominou a frequência mensal.

As reuniões eram divulgadas por e-mail, no qual era confirmada a data e a pauta da reunião.

4.1.2. Descrição do Grupo Observado

O perfil dos profissionais que estavam em atuação nas atividades observadas (observação participante), segundo gênero, idade, ano e instituição que concluiu a graduação, titulação e vínculo empregatício com o CPS-HCFMUSP, estão descritos na Tabela 3:

Tabela 3 - Apresentação dos profissionais em atuação no CPS-HCFMUSP, segundo profissão, gênero, idade, ano e instituição onde concluiu a graduação, titulação e vínculo empregatício com o HC-FMUSP, no período de observação (ago/2006 a jul/2007)

Código	Profissão	Gênero	Idade	Ano	Instituição	Titulação	Vínculo
P1	Enfermeiro	M	26	2002	Pública	Mestre	Sim
P2	Médica	F	29	2000	Particular	Doutoranda	Sim
P3	Educadora física	F	31	1998	Pública	Mestranda	Não
P4	Nutricionista	F	26	2006	Particular	Cursando especialização	Não
P5	Pedagoga	F	44	1083	Particular	Especialista	Não
P6	Médico	M	50	1986	Pública	Graduação	Sim
P7	Nutricionista	F	35	1995	Particular	Especialista	Não
P8	Dentista	F	36	1996	Pública	Doutoranda	Não
P9	Fisioterapeuta	F	27	2001	Particular	Especialista	Não
P10	Enfermeira	F	33	1995	Pública	Especialista	Não
P11	Nutricionista	F	22	Em andamento	Pública	Cursando graduação	Não
P12	Nutricionista	F	35	1994	Pública	Especialista	Sim
P13	Nutricionista	F	36	1993	Particular	Mestranda	Não
P14	Educador físico	M	35	1999	Particular	Mestre	Não
P15	Médico	M	50	1980	Pública	Doutor	Sim
P16	Nutricionista	F	27	2004	Particular	Especialista	Não
P17	Médico	M	30	2001	Particular	Especialista	Sim
P18	Terapeuta ocupacional	F	35	1993	Particular	Especialista	Não
P19	Psicólogo	M	55	1983	Particular	Doutorando	Não
P20	Fonoaudióloga	F	38	1991	Particular	Mestre	Não
P21	Educadora física	F	38	1991	Particular	Especialista	Não

4.1.3. Observação Participante

Os principais achados correspondentes a cada um dos itens indicados por Japiassu (1976) como importantes na caracterização do trabalho interdisciplinar (Tabela 2), evidenciados durante a observação participante efetuada e que emergiram da análise de conteúdo, são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Pontos que caracterizam as organizações disciplinares com base nos estudos de Japiassu (1976) que emergiram da observação participante

		Palestra Inicial	Consulta Médica	Grupo de Controle de Tabagismo	Grupo de Controle Alimentar e Atividade Física	Grupo de Reeducação Alimentar	Grupo de Gerenciamento de Stress	Grupo de Dores Osteomusculares ¹	Reuniões Mensais
OBJETIVOS	Objetivos Comuns à Equipe	Totalmente	Totalmente	Totalmente	Totalmente	Totalmente	Totalmente	-	Totalmente
	Objetivos Comuns ao Serviço	Totalmente	Totalmente	Totalmente	Totalmente	Parcialmente	Totalmente	Totalmente	Totalmente
INTERAÇÃO	Espaços de Interação em Relação à Equipe								
	Formais	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	-	Não
	Informais	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	-	Sim
	Espaço de Interação em Relação ao Serviço								
	Formais	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim
	Informais	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim
	Processo Decisório em Relação à Equipe	Centrado em uma Pessoa	Compartilhado entre Todos	Centrado em uma Pessoa	Compartilhado entre Todos	Compartilhado entre Todos	Compartilhado entre Todos	-	Compartilhado entre Todos
	Processo Decisório em Relação ao Serviço	Compartilhado entre Todos	Sem Compartilhamento	Compartilhado entre Todos	Compartilhado entre Todos	Sem Compartilhamento	Compartilhado entre Todos	Sem Compartilhamento	Compartilhado entre Todos

continua

¹ Atividade realizada apenas por um profissional.

Tabela 4 - Pontos que caracterizam as organizações disciplinares com base nos estudos de Japiassu (1976) que emergiram da observação participante (continuação)

		Palestra Inicial	Consulta Médica	Grupo de Controle de Tabagismo	Grupo de Controle Alimentar e Atividade Física	Grupo de Reeducação Alimentar	Grupo de Gerenciamento de Stress	Grupo de Dores Osteomusculares ¹	Reuniões Mensais
LINGUAGEM E METODOLOGIA	Domínio pelos Profissionais da Linguagem	Alguns Dominam	Alguns Dominam	Todos Dominam	Todos Dominam	Não Dominam	Todos Dominam	Todos Dominam	Todos Dominam
	Domínio pelos Profissionais da Metodologia	Alguns Dominam	Alguns Dominam	Todos Dominam	Todos Dominam	Não Dominam	Todos Dominam	Não Dominam	Todos Dominam
TRABALHO INTEGRADO	Nível de Integração do Trabalho em Relação à Equipe	Desintegrado	Integrado	Integrado	Parcialmente Integrado	Integrado	Integrado	-	Parcialmente Integrado
	Nível de Integração do Trabalho em Relação ao Serviço	Parcialmente Integrado	Desintegrado	Integrado	Integrado	Desintegrado	Integrado	Desintegrado	Integrado
	Definição de Papéis e Respostas	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	-	Sim

Continua

¹ Atividade realizada apenas por um profissional

Tabela 4 - Pontos que caracterizam as organizações disciplinares com base nos estudos de Japiassu (1976) que emergiram da observação participante (conclusão)

		Palestra Inicial	Consulta Médica	Grupo de Controle de Tabagismo	Grupo de Controle Alimentar e Atividade Física	Grupo de Reeducação Alimentar	Grupo de Gerenciamento de Stress	Grupo de Dores Osteomusculares ¹	Reuniões Mensais
CONHECIMENTO INTEGRADO	Conhecimento Integrado/ Interdisciplinar	Totalmente	Totalmente	Totalmente	Totalmente	Nada	Totalmente	Nada	Totalmente
NÍVEL HIERÁRQUICO	Presença de Coordenador de Equipe	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	-	Sim
NÍVEL	Tipo Hierárquico	Horizontal	Horizontal	Horizontal	-	Horizontal	Sem Hierarquia	-	Horizontal
Postura Profissional									
SUBJETIVOS	Interesse em Adquirir Conhecimentos de Outras Áreas	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
ASPECTOS	Interesse Apenas em Trabalhar com Profissionais de Outras Áreas	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não

¹ Atividade realizada apenas por um profissional.

4.2. ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

Nesta seção é apresentados, primeiramente, o perfil dos sujeitos entrevistados neste estudo e, posteriormente, os principais achados, divididos em categorias.

4.2.1. Descrição da População Entrevistada

Na Tabela 5 está descrito o perfil dos profissionais que estavam em atuação e foram entrevistados (entrevista semi-estruturada), segundo profissão, gênero, idade, ano e instituição que concluiu a graduação, titulação e vínculo empregatício com o HCFMUSP.

Tabela 5 - Apresentação dos entrevistados, segundo profissão, gênero, idade, ano e instituição onde concluiu a graduação, titulação e vínculo empregatício com o HC-FMUSP em 2007

Código	Profissão	Gênero	Idade	Ano	Instituição	Titulação	Vínculo
E1	Enfermeiro	M	26	2002	Pública	Mestre	Sim
E2	Médica	F	29	2000	Particular	Doutoranda	Sim
E3	Educadora física	F	31	1998	Pública	Mestranda	Não
E4	Nutricionista	F	26	2006	Particular	Cursando especialização	Não
E5	Médico	M	50	1986	Pública	Graduação	Sim
E6	Fisioterapeuta e Educador físico	M	47	1989	Pública	Livre-docente	Não
E7	Dentista	F	36	1996	Pública	Doutoranda	Não
E8	Enfermeira	F	52	1978	Pública	Doutora	Não
E9	Médico	M	56	1977	Pública	Doutor	Sim
E10	Nutricionista	F	36	1993	Particular	Mestranda	Não
E11	Psicóloga	F	36	1993	Pública	Doutora	Não
E12	Educador físico	M	35	1999	Particular	Mestre	Não
E13	Médico	M	50	1980	Pública	Doutor	Sim
E14	Nutricionista	F	27	2004	Particular	Especialista	Não
E15	Médico	M	30	2001	Particular	Especialista	Sim
E16	Terapeuta ocupacional	F	35	1993	Particular	Especialista	Não

4.2.2. Entrevistas Semi-estruturadas

Os resultados correspondentes a cada um dos itens indicados por Japiassu (1976) como importantes na caracterização do trabalho interdisciplinar (Tabela 2), os conceitos de promoção da saúde e interdisciplinaridade presentes no discurso dos entrevistados e que emergiram da análise de conteúdo, são apresentados a seguir, ilustrados por depoimentos emblemáticos para cada assunto abordado.

Objetivos Comuns

Objetivo do CPS-HCFMUSP:

O CPS-HCFMUSP tem como objetivo promover ensino, pesquisa e assistência em promoção da saúde e prevenção de doenças, tendo por princípio, como aponta Ferreira Junior e Martins (2000)¹ citados por Mendonça (2005):

(...) analisar, testar, adotar, recomendar, ensinar e divulgar procedimentos preventivos cujo impacto na saúde coletiva seja confirmado por evidências científicas e epidemiológicas sólidas, justificando sua aplicação como parte de políticas e programas amplos de promoção da saúde.

¹ Ferreira Junior M, Marins MA. Centro de Promoção da Saúde: um novo conceito de ensino, pesquisa e prestação de serviços preventivos de saúde na clínica geral. *RPS. Ministério da Saúde*. 2000; 1(4): 49-51.

Os profissionais demonstraram compreensão dos objetivos do serviço, que são bem definidos.

“Ele é um centro que serve pra testar procedimentos e intervenções, treinar pessoas para oferecer serviços nessa lógica diferente da saúde”. (E13)

“Eu acho que o objetivo do CPS é formar pessoas. Acho que acima de tudo, construir conhecimento em promoção da saúde e prestar serviço de promoção da saúde à população”. (E11)

Os que demonstraram menor compreensão eram pouco engajados e/ou com pouco tempo de atuação no serviço.

“Eu acho que eu faltei na palestra inicial (risadas)”. (E4)

A resposta a seguir demonstra o compromisso com a construção de um conhecimento interdisciplinar.

“Acho que o objetivo é exatamente isso, mesclar conhecimento de várias áreas, independente de sua formação.” (E7)

Objetivos das Equipes:

O foco das equipes em atuação no CPS-HCFMUSP, em geral, era bem estabelecido e coerente com os objetivos do serviço.

“[...] é capacitar os profissionais de saúde na prática de promoção da saúde”. (E15)

“Eu acho que o nosso objetivo aqui é transmitir conhecimento para que as pessoas possam gerir sua própria atividade lá fora, ter autonomia e conhecimento para gerir sua própria saúde”. (E3)

De uma forma geral, os profissionais da mesma equipe demonstraram objetivos semelhantes. Embora algumas pessoas sem vínculo direto ou com interesses pessoais específicos ou ainda por obrigatoriedade acadêmica ou institucional em participar do CPS-HCFMUSP tenham demonstrado menor compreensão do projeto e menos engajamento no trabalho conjunto.

“[...] algumas pessoas estão trabalhando por obrigação. Pessoas que acabam tendo que participar porque faz parte do estágio obrigatório ou porque na escala de trabalho ele tem que fazer parte do ambulatório de promoção da saúde. Então acaba não tendo interesse e acaba tendo uma prática que não é própria do Centro de Promoção da Saúde. Acaba fugindo um pouquinho do objetivo do ambulatório”. (E15)

Objetivo Pessoal:

Os objetivos individuais estavam alinhados aos do grupo e do serviço. Principalmente, quando havia interesse no aprendizado de promoção da saúde.

“Multiplicar esse bichinho que me picou. Eu acho que a gente ajuda os pacientes, a gente desperta muitas coisas neles. Mas meu foco são os profissionais que passam lá. Meu objetivo é esse – multiplicar”. (E2)

“Aprender cada dia mais, porque realmente é uma área que está crescendo muito e que tem muito pra gente aprender”. (E15)

Alguns profissionais sinalizaram que existem pessoas atuando com objetivos diferentes. Este fato era percebido como obstáculo ao trabalho em equipe.

“[...] nem sempre todos têm o mesmo objetivo, isso que eu acho que é o grande problema”. (E10)

Interação

Espaços de Discussão:

Neste estudo identificou-se que apesar da existência de reuniões formais e do uso de espaços virtuais (via internet), a comunicação e a interação aconteciam de forma não sistemática, cíclica, em locais diversos, durante o próprio trabalho. Predominavam, portanto, os espaços informais de discussão.

“Aqui, eu costumo brincar, isso aqui é um ambiente em que as pessoas aprendem tomando cafezinho”. (E13)

“[...] Mas sempre houve um espaço de discussão dos grupos, que na realidade no começo era bem presente. Depois foi informal, depois voltou a ser presente porque a gente sentiu necessidade, depois voltou a ser informal”. (E6)

Muito embora existissem reuniões mensais multidisciplinares, como espaço formal, os profissionais sinalizaram que estes espaços eram pouco aproveitados, principalmente pela equipe médica e pelos profissionais que não tinham vinculação direta com o CPS-HCFMUSP.

“[...] Tem um espaço, é engraçado, para outros profissionais, pois os médicos não participam”. (E2)

“Existe um espaço, mas as pessoas não freqüentam. As pessoas não se comprometem”. (E3)

Apesar de ter espaços de discussão formais, com objetivo de favorecer a interação, muitos profissionais não se conheciam e até mesmo desconheciam a prática de algumas profissões.

“[...] Entra gente, sai gente, e eu não sei nem o nome daquela pessoa. Quanto menos o que ela faz. Quanto menos o que eu posso tirar proveito pra que a gente possa fazer um trabalho inter. [...] As pessoas não conhecem as outras profissões e não perguntam, por vergonha”. (E16)

Os entrevistados sinalizaram a importância em conhecer os outros colaboradores, consequentemente as outras profissões.

“[...] Pelo contrário, só respeito mais os profissionais na hora que eu sei o que eles fazem, na hora que eu sei como eles podem colaborar comigo, trocar parceria comigo”. (E8)

Os colaboradores ressaltaram os espaços como sendo de fato multidisciplinares.

“[...] Vários profissionais, de várias áreas, discutem, mostram o trabalho que está sendo feito. [...] É uma forma de ter outros pontos de vista”. (E12)

Através do relato dos profissionais foi possível identificar que a existência de espaços de discussão dependia, na maioria das vezes, de iniciativas individuais, pessoas que se mobilizavam para que fosse estabelecido este espaço.

“[...] A única vez que a reunião foi realmente para frente foi a reunião de equipe. Desta vez que eu comecei organizando. Daí eu saí e ficou com outra pessoa”. (E11)

Um dos principais fatores limitantes identificados foi a carência de espaço físico adequado para troca de experiências entre os profissionais na estrutura do HCFMUSP, uma vez que esta instituição tem como foco a atenção terciária e quaternária em detrimento da promoção da saúde.

“Se tiver uma sala de 100m² ela vai ser usada para o atendimento médico terciário e não para um serviço de promoção de saúde”. (E13)

A diferença de vinculação dos profissionais e a força de trabalho basicamente voluntária, portanto, com todas as condições que este tipo de trabalho implica (falta de tempo, rotatividade), foram identificados como entraves à comunicação, uma vez que compromete a participação nos espaços de discussão.

“A comunicação era meio truncada, com falhas, devido à informalidade. Como os profissionais não são contratados, não têm hora de entrar nem de sair. Por isso não se encontram”. (E8)

Os profissionais sinalizaram alguns pontos que podem contribuir para melhorar e formar espaços de discussão, como o estabelecimento de um foco de discussão e espaços virtuais.

“[...] Mas precisa ter a conversa, de preferência com um problema por vez. Como diz o Japiassu, estabelecer um problema mestre, porque às vezes a gente tem tanta coisa pra falar que acaba não conseguindo. [...] Como defensora da comunicação assíncrona, a gente usa muito pouco e-mail, essas ferramentas”. (E2)

Houve o reconhecimento por parte dos profissionais quanto à importância e ganhos que se tem com a interação entre diferentes especialidades.

“[...] Eu entendo por interdisciplinaridade um trabalho em equipe de ganha. Eu ganho, o outro ganha, o paciente ganha”. (E13)

“É muito legal essa discussão multiprofissional, porque ela é muito enriquecedora, muitos pontos de vista”. (E9)

Compartilhamento de Dados e Decisões:

Um nó crítico identificado no CPS-HCFMUSP foi a precariedade estrutural e operacional no sistema de coleta, análise, interpretação e discussão dos dados oriundos das intervenções realizadas no próprio serviço.

“[...] As orientações, decisões são meio intuitivas. Elas são baseadas em outros estudos, geralmente gerados fora do Brasil”. (E13)

“[...] A gente nunca conseguiu ter dados. [...] A gente discutia, mas não baseado nos dados, baseado nas experiências”. (E11)

Alguns profissionais relataram que em equipes onde um profissional estava há mais tempo em relação aos outros ou um dos membros possuía vínculo empregatício, em determinados momentos estas pessoas tentavam impor sua decisão.

“Nos grupos que eu participei, eu tive a impressão que a voluntária, por ela estar há mais tempo, ter mais experiência, ela queria impor a experiência dela ao nosso conhecimento”. (E7)

A voluntária a que se refere o entrevistado é pessoa que foi usuária do serviço e que passou a colaborar espontaneamente em suas atividades.

Linguagem e Metodologia

Linguagem e Metodologia Comuns:

Como dito anteriormente, a inspiração metodológica das atividades oferecidas pelo CPS-HCFMUSP é encontrada nos trabalhos das forças tarefas canadense¹ (Canadian Task Force on Preventive Health Care) e americana² (US Preventive Services Task Force), e no emprego do modelo transteórico (Prochaska e Di Clementi) e cognitivo comportamental (Beck).

O estudo identificou que os profissionais tinham uma grande dificuldade em desenvolver uma linguagem e, principalmente, metodologia de trabalho comum.

“Havia discussões para padronização. As reuniões tinham exatamente este objetivo. Porém, não se sabe o impacto disso nas práticas dos profissionais, mas parece que não absorviam o que era passado”. (E8)

Embora as opiniões dos entrevistados se dividissem em relação à percepção de se existia ou não uma padronização pré-definida em relação à linguagem e metodologia, esta estava parcialmente presente (na forma de apostila com um “Roteiro de Procedimentos Básicos do CPS-HCFMUSP” e de um glossário de termos unificados), mas, na prática, sofria modificação constante pela atuação dos profissionais, uma vez que a maior parte deles não participou da construção dos documentos.

¹ Para consulta veja www.ctfphc.org

² Para consulta veja www.ahrq.gov/clinic

“Não. [...] Cada um tem um estilo, então cada um puxa a linha para o seu lado. [...] Então eu acho que não tem esse espaço que seja padrão ou que pelo menos tenha um norte”. (E2)

“Acho que se discute bastante isso, a abordagem. É bem discutido, mas não está protocolado isso. [...] Acho que falta isso aqui. Mas a meu ver tem a mesma linguagem, a mesma linha de pensamento”. (E12)

“Em geral as pessoas têm mais a leitura da apostila. É o mais básico. A gente vai construindo a partir daquilo que a pessoa já traz de bagagem [...] para poder revisar os conceitos, revisar a técnica [...] e ver se está sendo legal ou não usar o modelo”. (E1)

Inteligibilidade da Linguagem:

A grande maioria dos profissionais entrevistados referiu ter uma boa compreensão da linguagem dos colegas, principalmente, aqueles que apresentavam postura de abertura a outros enfoques, porém a falta de empatia entre os profissionais e a predominância da especificidade de uma ou outra profissão surgiram como barreiras à construção de uma linguagem comum. Por fim, os entrevistados salientaram a importância da linguagem ser inteligível aos usuários do serviço e afirmaram que isto muitas vezes não acontecia.

“[...] Muitas vezes eu tenho dúvida. Eu acho que a linguagem poderia ser mais simples. Eu acho que a gente está partindo de um ideal que não é a nossa

realidade. A gente está querendo um 100% e passando para as pessoas tudo de uma vez e não estamos conseguindo chegar nem a 10. Então vamos passar só o essencial, vamos passar só 40% pra que elas atinjam 20. É melhor do que passar do jeito que a gente está passando”. (E3)

Trabalho Integrado

A maioria das equipes, internamente, trabalhava de forma integrada ou parcialmente integrada, mas a dificuldade de integração das equipes entre si e ao restante das atividades do serviço era maior.

“Acho que é uma sintonia muito grande. Se o X não está e eu estou, o grupo roda do mesmo jeito. Ele não muda de cara se eu estou ou se o X está. Ele tem cara de grupo ‘Vida Positiva’ ele não tem cara de X, de Y, nem de Z”. (E16)

“Você atende o paciente que está no grupo ‘Movimento e Saúde’, aí você pergunta para o aluninho que está atendendo: ‘O paciente está no grupo? Está. O que ele está fazendo? Não sei!’ Encaminha, toma que o filho é teu”. (E2)

Nas equipes que não estavam internamente integradas os profissionais referiram dificuldade de ter um crescimento e alcançar os objetivos.

“[...] como a gente faz um programa redondinho, cada um tem sua função, tem a sua contribuição para melhora do quadro de saúde do paciente, visando sempre o melhor, o crescimento do grupo. Como não está tendo esse crescimento com um dos integrantes, com uma parte da equipe, não está havendo crescimento, não está agregando pra gente. Então eu acho que isso é um grande problema, porque a gente não consegue fazer o nosso trabalho crescer. A gente não vê o resultado do nosso trabalho porque existe deficiência de uma área”. (E4)

Muitas equipes realizavam suas atividades de forma isolada, não interagiam e nem mesmo conheciam as atividades médico-ambulatoriais do CPS-HCFMUSP, que ocorriam de forma menos interligada com a palestra, atividades de grupo e de pesquisa. O fator mais presente para justificar a falta de integração entre as equipes foi o tipo de vínculo, empregatício, acadêmico ou voluntário, com o serviço.

“[...] Eu estou meio afastado e eu devia estar vendo melhor, devia estar participando de alguns grupos”. (E9)

“Eu não conheço todo mundo. Eu conheço a equipe de discussão com os internos. Mas sei que é multidisciplinar”. (E5)

A equipe apontada e que se demonstrou menos integrada era constituída por médicos.

“Existe uma parede que separa os médicos do restante do CPS. Eles não interagem com o restante do CPS e isso faz com que a prática fique fragmentada”. (E8)

Os profissionais entrevistados sinalizaram a dificuldade de interação e salientaram isto como algo negativo em relação ao trabalho em equipe, o que compromete a realização de um trabalho integrado.

“Eu sei das coisas legais que acontecem na palestra. Eu tenho que passar para o coordenador da palestra para fazer um reforço positivo e até para fazer uma integração disso tudo. Mas o contrário não acontece. [...] Então eu acho que a prática deles não acaba mudando a nossa”. (E2)

“Com fisioterapeuta a gente não tem muito contato. Acho uma pena. Os fisioterapeutas abandonaram o CPS. Os que fazem o grupo não participam das reuniões, a gente nem sabe como está o grupo”. (E3)

Divisão de Tarefas e Responsabilidades:

Diferentes critérios para divisão de tarefas e responsabilidades foram observados no CPS-HCFMUSP. Acontece por interesse pessoal, necessidade do serviço, habilidade do profissional ou especificidade que a atividade exige.

“Cada um escolhe. As pessoas se colocam como voluntárias naquilo que têm mais habilidades ou no que elas têm mais preferência, ou talvez nem por habilidades, elas queiram conhecer coisas novas”. (E7)

“A gente ia atrás de alguém quando precisava de alguma coisa. A gente ia atrás de alguém para aquela atividade específica [...]”. (E11)

Porém o que predominava era a divisão por disciplinas, pelo conhecimento específico de cada profissional, reforçando, assim, a disciplinaridade e dificultando a realização de um trabalho integrado.

“Eu acho que cada um tem sua responsabilidade na sua área só. Cada um programa sua intervenção, cada um realiza sua intervenção. Cada um planeja e executa suas tarefas. Eu acho que a gente conversa pouco. As tarefas são divididas pelo conhecimento específico de cada um”. (E3)

Os entrevistados demonstraram insatisfação com o trabalho fragmentado.

“[...] É engraçado isso porque acaba cada um tendo um papel bem separado. Eu gostaria tanto que os papéis se permutassem. [...] O educador físico teria que trabalhar mais com a parte física, mas ele é promotor da saúde, ele pode opinar em tudo. A nutricionista também. Ela tem que cuidar mais da nutrição, mas ela pode opinar em tudo, porque tudo está relacionado. A pessoa come, faz atividade física, não é? Eu não tenho uma pessoa que faz atividade física, uma pessoa que se alimenta bem, eu tenho uma pessoa só”. (E3)

Em algumas equipes, nas quais predominava um clima de cooperação, afinidade e empatia, os profissionais transitavam melhor pelos diferentes papéis até mesmo revezando-se no mesmo papel.

“Eu acho que a gente se equiparava nas atribuições. [...] Às vezes ela fazia papel que seria tradicionalmente do enfermeiro. Às vezes eu fazia papel que seria tradicionalmente do psicólogo. A gente transitava bem pelas duas áreas, com tranquilidade”. (E8)

Por outro lado, alguns profissionais apontaram que a falta de definição nítida de tarefas e responsabilidades pode ser um atrativo ou um obstáculo à participação.

“Tudo é muito democrático no CPS. [...] Isso é engraçado porque ao mesmo tempo em que é chamativo para algumas pessoas, ao mesmo tempo assusta outras”.

(E2)

Identificamos a dificuldade para alguns de transitar por assuntos pertinentes a outras disciplinas, pelo desconhecimento expresso quer sobre o conteúdo de algumas profissões quer sobre as atividades de outros colegas dentro do próprio CPS-HCFMUSP.

“[...] No começo isso não era tranqüilo não. Você assumir o papel do outro era complicado por vários fatores. Primeiro porque você tinha que falar sobre uma coisa que você não entendia e segundo porque você não queria ferir o outro”. (E6)

Apenas um profissional ao discorrer sobre papéis e responsabilidades falou sobre o usuário como integrante da equipe.

“O papel dos alunos é experimentar uma abordagem diferente. O papel dos assistentes é ensinar, tentar transferir algum conhecimento e discutir. O papel das auxiliares de enfermagem é ajudar a gente nas informações pré-consulta. E eu colocaria aí também o papel do paciente na equipe, porque ele tem que aceitar um pouco essa idéia, porque a gente vê a diferença de paciente para paciente, ele tem que estar disposto a participar desse processo de construção”. (E2)

Conhecimento integrado

Os profissionais entrevistados neste estudo referiram que no CPS-HCFMUSP e nas equipes havia modificação do conhecimento pela interação das diferentes disciplinas, o que contribuía para a construção de um conhecimento integrado.

“Parece que as pessoas vão jogando as pedrinhas e parece que forma uma coisa que sozinhas não fariam”. (E14)

Alguns profissionais demonstraram que por mais que o conteúdo da promoção da saúde fosse interdisciplinar, nas práticas realizadas por profissionais de uma única área, muitas vezes, acabava-se tendo a visão apenas de uma área de conhecimento, o que apontou que o conhecimento ainda estava fragmentado. Por outro lado, nas equipes constituídas por profissionais de diferentes áreas, as modificações disciplinares se mostravam mais fáceis bem como a construção de um conhecimento integrado.

“Por mais que a gente se aproprie do conteúdo, a lente que a gente usa é sempre uma. Então se você tem as pessoas, eu sinto que é diferente. [...] porque ali está todo mundo discutindo o mesmo caso e está todo mundo ali conversando”. (E2)

Os relatos refletiram a percepção dos entrevistados quanto ao conhecimento integrado como sendo uma realidade e como algo positivo.

“Eu acho que a tendência da gente é só enriquecer mais o nosso conhecimento com o conhecimento dos outros também. Nas equipes eu acredito que aconteça isso”. (E1)

“Cada um contribui um pouquinho. Eu acho que é fundamental. Eu aprendi muito também com os outros profissionais. Até outras metodologias, formas de conduzir o trabalho”. (E3)

Os relatos sinalizaram que interiorizar um conteúdo interdisciplinar e conseguir agir interdisciplinarmente leva tempo, uma vez que a formação básica de cada um é voltada à especialização fragmentada de conhecimentos.

“[...] Pelo que eu vi aqui tinha uma, vamos dizer, uma apropriação de uma parte do conhecimento do outro na prática, na utilização. Eu sinto que quanto mais tempo a pessoa vai vendo, vai ficando aqui, ela vai entendendo de outra maneira aquela coisa. A pessoa pode entender, mas entender profundamente daquilo só com o tempo. [...] Para que você consiga se apropriar, consiga entender o que está acontecendo, precisa de tempo. [...] Eu mesma era uma quando comecei a discutir, hoje eu penso completamente outra coisa, tenho outra compreensão. Acredito que se eu ficasse aqui mais 10 anos seria outra ainda”. (E11)

Níveis Hierárquicos

Os profissionais entrevistados apresentaram diversas visões quanto ao critério de estabelecimento da hierarquia. Salientaram que se tratava de uma hierarquia horizontal, necessária e com a função de mediar as relações.

“[...] É uma hierarquia super tranqüila. Eu acho que necessária para poder organizar as tarefas. Mas não que a pessoa fique mandando toda hora, faz isso, faz aquilo, mas é para organizar as tarefas que acaba centrando em uma pessoa [...]”.
(E15)

Alguns percebiam que predominava o conhecimento e experiência na área de promoção da saúde e prevenção de doenças.

“[...] É uma hierarquia mais de experiência. [...]” (E13)

Para outros, assumiam posição hierárquica superior aqueles que possuíam vínculo empregatício com a instituição.

“[...] A hierarquia era por pessoas que tinham vínculo empregatício. [...]”
(E8)

Outros ainda ressaltavam a postura e a dedicação como os critérios de determinação hierárquica.

“[...] Como se tira muito essa coisa do rótulo de quem é quem, eu acho que nesse sentido de hierarquia por profissão não tem muita. Eu acho que é mais pela atividade que exerce aqui dentro e sua postura”. (E14)

A valorização de certas categorias profissionais em detrimento de outras também foi aventada.

“[...] Acho que não convidariam um profissional não médico para ser o coordenador do serviço”. (E8)

Os profissionais entrevistados relataram que na maioria das equipes que compunham o CPS-HCFMUSP não havia hierarquias. Onde estas aconteciam existia diferença de vinculação e o profissional com vínculo empregatício assumia a posição de coordenador.

“[...] Por ele ter um vínculo empregatício aqui, ele sabia como funcionava tudo de forma melhor. O vínculo faz a diferença. Então de uma forma existia hierarquia”. (E7)

E, ainda, apontou a dificuldade de romper com papéis definidos culturalmente, como o de professor/aluno, médico/paciente, onde ainda predominam hierarquias verticalizadas e se tem dificuldade em lidar com o empoderamento, preconizado na promoção da saúde.

“O assistente é o manda-chuva, depois vem o R3, depois vem o aluno, depois vem o paciente. A hierarquia seria essa. Tanto que tem assistente que fala ‘o paciente não fez o que eu queria eu dou alta pra ele’. A gente não sabe se esse

paciente quer isso. [...] é muito o modelo da faculdade, sempre é a figura do educador, o papel do aluno que é sempre de absorver conhecimento e transpassar. Por isso que eu digo que para o paciente é complicado porque ele não está acostumado com essa responsabilidade. [...] os pacientes não têm esta mentalidade e os alunos também não. Não tem uma prescrição de tarefas e responsabilidades, mas está meio embutido no modelo educativo que a gente segue e tem a coisa da promoção da saúde que permeia isso que é você trabalhar o empoderamento, a emancipação que já é mais diferente”. (E2)

Aspectos Subjetivos

Aspectos subjetivos perpassaram todas as categorias, funcionando como obstáculos e como facilitadores da metodologia interdisciplinar. Os principais aspectos identificados através das entrevistas foram: compromisso com as práticas e equipe, dificuldade de dividir o espaço/conhecimento, afinidade/empatia, motivação, traços de personalidade, respeito, postura profissional de abertura ao diálogo e aprendizado interdisciplinar.

“Em equipe eu acho que é sempre isso, comprometimento em primeiro lugar. Quando a pessoa está comprometida ela vai separar um tempo da vida pra aquilo, aí o tempo não vai ser mais um problema”. (E3)

“[...] o ser humano tem que ser visto como um todo, a visão holística está crescendo, todo mundo já sabe disso, o que falta é colocar em prática. A gente não consegue colocar em prática, pois cada um se fecha em seu ovo”. (E3)

“[...] tem coisas muito bacanas, mas que a gente não consegue discutir. É pessoa dependente. De quarta é o melhor dia porque sou eu e o Dr. X. Então é uma delícia, fica mais tranqüilo”. (E2)

“Eu acho que a dificuldade é a falta de motivação mesmo dos outros colegas. Porque se você tem iniciativa a gente dá um jeito, mas se você não está motivado!” (E2)

“Às vezes é até uma questão de empatia. Entre dois profissionais tem um monte de coisas que podem acabar dificultando esse processo”. (E14)

“As pessoas que estão trabalhando no CPS têm realmente uma união, uma empatia. Realmente o clima no CPS é uma coisa muito especial”. (E15)

“Tem gente que é muito tímida, fica muito retraída não consegue se apropriar do conhecimento do outro, tem gente que já é o contrário”. (E11)

Percepção dos profissionais quanto aos principais conceitos (Promoção da Saúde e Interdisciplinaridade)

Os profissionais ao definirem promoção da saúde abordaram aspectos abrangentes, como o empoderamento, a co-responsabilidade, o bem-estar, a melhoria da saúde.

“[...] eu vejo a promoção da saúde como a possibilidade de você melhorar em vários aspectos para que você seja mais feliz [...]”. (E11)

“Promoção da saúde não é só a implementação de prevenção, você tem que preparar a pessoa para que ela possa gerir a sua própria saúde”. (E3)

Embora visões mais limitadas (p.ex. evitar doenças), também tenham transparecido.

“Promoção da saúde pra mim é uma oportunidade do profissional de saúde trabalhar as pessoas, vamos dizer assim, para que elas não fiquem doentes”. (E9)

Alguns profissionais ao definirem promoção da saúde trouxeram à tona as relações disciplinares e a necessidade de uma mudança de paradigma ao focar o binômio saúde-doença.

“É trabalhar com todas as áreas da saúde independente da sua formação técnica básica”. (E7)

“Eu acho que é você pender o olhar da doença para o bem-estar”. (E2)

Ao definirem interdisciplinaridade os entrevistados remeteram principalmente aos pontos básicos necessários ao estabelecimento das relações interdisciplinares, mas também à interação e convergência de conhecimentos e práticas, na busca de algo mais complexo do que a simples justaposição de disciplinas e seus saberes.

“É o trabalho em que o profissional contribui e em contrapartida se enriquece com o conhecimento de outras áreas que não são da formação específica dele. São formas de complementaridade, na tentativa de transformar esses conhecimentos em serviços mais complexos”. (E13)

“É um conjunto de profissionais atuando numa única direção, permeando o conhecimento entre as profissões e atuando dentro disso em prol de alguma coisa”. (E6)

“Acho que a interdisciplinaridade é essa coisa do entrelaçamento, uma passagem de um pelo outro. São saberes diversos e específicos que encontram seus pontos de convergência e esses pontos de convergência se somam e são utilizados pra ampliar a compreensão de uma questão que no nosso caso é a questão da promoção da saúde”. (E11)

Porém, também encontramos visões mais limitadas que se aproximam de formas de organização disciplinar anteriores à interdisciplinaridade, surgindo expressão como: troca de conhecimento, interferência, reprodutibilidade, que não trazem a dimensão básica da interdisciplinaridade que é mudança.

“É uma interferência, quer dizer, positiva, de diversas disciplinas”. (E5)

“Seriam pessoas de formação diferente que são capazes de entender o conhecimento de outro profissional e até mesmo reproduzir”. (E7)

Os profissionais demonstraram grande dificuldade em definir interdisciplinaridade.

“Não sei. Não sei o que é interdisciplinaridade. Eu acho que multi são várias disciplinas juntas, inter é uma profissão entre a outra, como é? Eu não sei definir”. (E4)

Confundiram os diferentes termos – multi, pluri, inter e trans.

“Transdisciplinaridade é a relação de várias especialidades da equipe de saúde. Porque não necessariamente na interdisciplinaridade elas estão andando ao mesmo tempo, com o mesmo pensamento, com o mesmo objetivo. Você pode ter várias especialidades, vários profissionais, mas cada um olhando para sua própria função. Não procurando ver as outras funções. Na trans é realmente um conjunto. Trabalho realmente em equipe. É uma rede com o mesmo objetivo”. (E15)

“Um espaço de troca entre diferentes saberes, assim, sem fronteira mesmo. É um conteúdo único, com objetivo maior, que extrapola essa coisa que o médico vai até aqui, o psicólogo vai até aqui. Para o bem do paciente, para o bem do que precisa, independente de onde veio, o nome e o sobrenome”. (E2)

A grande maioria dos entrevistados percebeu as relações disciplinares no CPS-HCFMUSP como a passagem de níveis de interação anteriores à interdisciplinaridade para esta.

“Olha eu acredito que tem um pouco de cada, mas a gente está caminhando, pelo menos a gente está tentando ter mais esforço para inter. Na realidade eu acredito que tenha a pluri muito presente”. (E1)

“Eu acho que é pluri, está caminhando pra inter, mas ainda está com muita dificuldade”. (E10)

Alguns profissionais perceberam a prática como sendo multidisciplinar, mas o conteúdo como sendo interdisciplinar.

“[...] Eu acho que a prática é multi, mas o conteúdo é inter”. (E2)

Nas equipes onde o trabalho era unidisciplinar identificamos práticas onde talvez nem mesmo o conteúdo fosse interdisciplinar.

“É unidisciplinar. Ela chega a ser inter na questão do conteúdo. O preceptor tenta passar para o aluno, mas eu não sei se chega do aluno para o paciente, que é o objetivo final.” (E2)

O relato a seguir demonstra o que é a interdisciplinaridade e a iniciativa do CPS-HCFMUSP em realizar um trabalho interdisciplinar.

“A idéia do CPS sempre foi manter a especificidade de cada uma das formações que cada um tem, mas tentar criar um terreno comum. Por exemplo, uma pessoa que está coordenando o ‘Movimento e Saúde’ tem a noção do que é o tabagismo, do que é o stress, portanto, pode conversar, compartilhar com as pessoas. Porque não adianta pensar assim, as pessoas são de um grupo específico, pois ao mesmo tempo ela continua sendo a mesma pessoa que tem um monte de

outras questões tanto positivas quanto negativas que têm que ser trabalhadas também. E como nosso fio condutor acaba sendo os hábitos de saúde não dá para se pensar assim, fazer um grupo específico ou consulta individual e não ter uma visão mais generalista. Então se eu tiver que fazer um aconselhamento mais geral eu faço, mas se eu identificar que aquela pessoa precisa de um especialista, uma pessoa mais competente do que eu, vou fazer o encaminhamento devido. Eu acho que cada um traz sua bagagem e aí a gente tem como criar um terreno comum mesmo, para que todo mundo, na grande maioria pelo menos, consiga falar uma mesma linguagem”.

(E1)

Os facilitadores do trabalho em equipe interdisciplinar identificados neste estudo podem ser separados em três categorias: aspectos subjetivos, referentes à metodologia interdisciplinar e questões administrativas/institucionais. Conforme indicaram os relatos a seguir:

“Precisa de um pouco mais de comprometimento, um pouco mais de dedicação [...]”. (E10)

“Primeiro uma pré-disposição de cada um a ouvir, depois trabalhar junto sem preconceito e depois analisar junto o resultado e as proposições de mudança, sem puxar a sardinha para nenhum lado”. (E9)

“Eu acredito que seja basicamente aquilo da linguagem comum e trabalhar pensando em objetivo comum também”. (E1)

“Definir quais são as competências mínimas, criar cursos de formação para essas competências mínimas, estabelecer indicadores de quantas pessoas obtiveram essas competências mínimas”. (E8)

“O primeiro passo é ter os profissionais, ser multiprofissional. Segundo, a formação desses profissionais é muito importante. Porque não é qualquer médico, não é qualquer psicóloga, ou qualquer fisioterapeuta que vai estar disposto a isso e entende essa necessidade e o objetivo e onde isso vai chegar. Então ter os profissionais, ter uma formação específica e muito empenho”. (E14)

“[...] reforçar a idéia de trabalhar em equipe. Que trabalhar em equipe significa escutar, falar e ouvir. Não é só falar, é também ouvir. Então você tem que ter o espaço de troca [...] E eu acho que uma coisa muito importante é o empoderamento dos profissionais. [...] É dar autonomia para as pessoas. [...] sempre num processo de discussão e negociação. [...] Valorização do trabalho de cada um, quer dizer, eu não tenho o melhor, eu não tenho o trabalho mais importante, ou a disciplina mais importante. [...] Eu acho que as pessoas têm que ser treinadas ao longo da vida. Entender que a verdade não se resume só ao que ela sabe. Acho que é por aí”. (E13)

“Acho que a primeira coisa é os voluntários deixarem de serem voluntários [...]”. (E7)

Assim como os facilitadores, os obstáculos identificados remetem a aspectos subjetivos, de ordem administrativa/institucional, referentes à metodologia interdisciplinar, além de questões sócio-culturais.

“Precisa modificar um pouco o vínculo de cada pessoa da equipe com o CPS e o objetivo das pessoas, porque nem sempre são os mesmos objetivos. O comprometimento do profissional com a Promoção da Saúde, com o CPS [...]”.
(E10)

“A primeira dificuldade eu classificaria como estrutural. A outra dificuldade eu acho que é a coisa de o povo saber respeitar o espaço do outro. [...] Eu acho que quando você está trabalhando uma coisa transdisciplinar você tem que ter abertura para estudar o que o outro faz. Você não vai aprofundar, mas você tem que se apropriar um pouco. Você tem que saber o que o outro faz, mas tem que saber a hora de parar. Se, por exemplo, me pedem um grupo de nutrição eu vou, mas se começarem a me pedir uma informação nutricional técnica, eu não sei dizer, eu paro. Eu falo não, isso aqui é com uma nutricionista, não tenho condições de te responder. Agora eu sei trabalhar um grupo de nutrição, mas coisas mais aprofundadas tecnicamente eu não vou fazer. Então eu acho que essa aceleração e esse freio são mais difíceis de você conseguir. Então eu acho que isso vai muito de personalidade. Tem gente que é muito tímida, fica muito retraída não consegue se apropriar do conhecimento do outro, tem gente que já é o contrário. Então acho que isso tem um pouco da personalidade da pessoa. Outra coisa é a formação da pessoa. Muitas vezes, a pessoa vem de uma formação fraca, muito técnica, e é difícil abrir a cabeça para algumas coisas. Eu via muito isso também, dificuldade de formação, dificuldade de personalidade”. (E11)

“[...] A formação é um obstáculo, precisaria criar pontos em comum entre cada disciplina. Métodos diferentes, linguagem diferente. Falta consolidar a

promoção da saúde, o CPS. [...] Na verdade eu acho que são três, essa formação básica, eu acho que a formalidade do grupo e a consolidação de um método”. (E8)

“Eu acho que é a falta de motivação dos outros colegas. [...] É verdade que eu sou uma privilegiada, porque eu respiro promoção da saúde o dia inteiro, o resto não. Então é difícil. A mesma coisa que eu falei dos alunos, é difícil virar o chip do nada. [...] O tempo das pessoas. A formação que a gente tem na faculdade. A própria cultura que acha que o médico é um semi-deus”. (E2)

“[...] A instituição forma, mas ao mesmo tempo ela não dá suporte para esse profissional entrar no mercado. Ela não oferece um espaço inclusive aqui dentro. É mais valorizado o tratamento curativo do que a promoção da saúde. É mais valorizado e investido, muito mais nesse lado”. (E7)

“[...] Se a gente não consegue muita coisa interdisciplinar é que numa estrutura como esta nós não temos autonomia de serviço. [...] Esse sistema de funcionamento que, administrativamente no hospital é tranquilo, para quem quer trabalhar interdisciplinaridade é péssimo. Porque ninguém aqui tem a lógica de trabalhar a interdisciplinaridade. [...] O que é prioritário no HC é o atendimento de terceira. O HC é referência da referência. Então é um hospital muito procurado. Então, assistência não tem nem espaço para fazer. Porque não é a lógica do hospital, nem é a lógica de promoção da saúde num hospital terciário. [...] As pessoas no geral têm uma dificuldade imensa. Até uma porção do mercado, digamos assim, não arruma emprego. Uma lógica que ‘Isso aqui é coisa para mim. Esse espaço é meu, não esse espaço é meu’. As pessoas são formadas nessa lógica, com essa visão. [...] A dificuldade de trabalhar em equipe. Esse negócio que a

interdisciplinaridade é mais fácil de falar do que fazer. Justamente porque cada um tem seu nível de saber e ponto”. (E13)

“O quinto anista e o residente têm ânsia de trabalhar a doença. Isso vem da formação e também da própria faculdade que é uma faculdade que valoriza muito a especialização. A gente vê o cara menosprezando o conhecimento técnico do psicólogo, que também está trabalhando na área de promoção da saúde, que é psicólogo ‘psicologando’, a assistente social que está ‘assistenciando’. Eles como a gente são promotores de saúde”. (E9)

“Para mim promoção da saúde é uma coisa muito difícil de fazer hoje em dia. Por que? Porque a cultura tanto dos médicos quanto da própria mídia infelizmente é uma cultura de tratar a doença, a medicalização, vender remédio, é reabilitar o paciente que já está doente. Então é uma área que ainda precisa ganhar forças, para ser feita no dia-a-dia”. (E15)

“Chega segunda-feira eu tenho que ir lá, mas eu tenho que montar uma aula pra noite. Você pensa, vou dar uma aula à noite que sou pago pra isso ou vou lá onde não é pago. Aí você começa a ver os dois lados. Querendo ou não chega uma hora que você tem que optar. Infelizmente eu vou optar pelo lado que tem um reembolso e aí fica isso. É um complicador essa coisa do voluntário. Aí chega uma hora que você tem que pesar”. (E12)

Os termos mais comuns nos discursos dos entrevistados referentes aos conceitos de Promoção da Saúde e de Interdisciplinaridade estão agrupados no Quadro1.

Quadro 1 - Percepção dos profissionais entrevistados quanto à promoção da saúde e interdisciplinaridade

Percepção dos Profissionais Quanto aos Principais Conceitos				
PROMOÇÃO DA SAÚDE	Ações com Foco em Melhoria da Saúde			
	Bem-Estar	Co-Responsabilidade		
	Empoderamento			
	Mudança de Paradigma	Evitar Doença		
	Interdisciplinaridade			
INTERDISCIPLINARIDADE	Ausência de Fronteira			
	Parceria	Cooperação	Convergência	
	Permear	Mesma Direção	Respeito	
	Entrelaçamento	Interação	Crescimento	Troca
	Interferência		Padronização	

A título de ilustração a Tabela 6 apresenta uma comparação qualitativa dos requisitos para um trabalho interdisciplinar (Japiassu, 1976) e os achados deste estudo, a partir da observação participante e entrevistas semi-estruturadas com componentes do CPS-HCFMUSP.

Tabela 6 - Comparação dos dados levantados na observação participante e entrevistas semi-estruturadas com os pontos que caracterizam as organizações disciplinares, segundo Japiassu (1976)

Pontos característicos das relações disciplinares	Interdisciplinaridade segundo JAPIASSU (1976)	Relações disciplinares no CPS-HCFMUSP
<i>Objetivos Comuns</i>	Totalmente	Totalmente
<i>Interação</i>	Totalmente/intensa	Parcialmente
<i>Método Comum</i>	Totalmente	Parcialmente
<i>Linguagem Comum</i>	Totalmente	Parcialmente
<i>Trabalho Integrado</i>	Totalmente	Parcialmente
<i>Conhecimento Integrado</i>	Totalmente	Totalmente
<i>Níveis Hierárquicos</i>	Níveis diferentes	Níveis diferentes

O exercício da interdisciplinaridade é muito exigente. O momento do encontro não é resultado de um desdobramento natural, mas deve ser pacientemente construído pela equipe interdisciplinar. É fruto laborioso de um processo incessante de treinar o olhar para rastrear os fenômenos que se desvelam diante de nós. E aprender a observar a si mesmo enquanto se olha para o outro. E aprender também a olhar para o outro ao olhar para si. Atuar enquanto equipe integrada e afinada com os mesmos pressupostos teóricos-clínicos exige muito trabalho, dedicação e fé na capacidade coletiva de gerir problemas humanos. Muitas vozes e timbres diferenciados se fazem ouvir, tentando se aproximar de um uníssono no tratamento. Mixar tantas vozes, combinar tantos olhares que sustentam pontos de vista por vezes muito distintos, é uma tarefa árdua. Contudo, se bem orquestrados os instrumentos que compõem o arranjo musical, a polifonia possibilita um crescimento de todos os naipes da orquestra, ou seja, os membros da equipe podem se enriquecer mutuamente, ampliando as visões acerca da problemática tratada, porém mantendo sua voz própria e sua entonação, que é única.

(Silva e Santos, 2006, p.419)

5. DISCUSSÃO

A complexidade da saúde, sua grande variedade de problemas, e o aumento do tempo de vida da população, que se espera ser vivida com qualidade, exigem respostas por parte dos serviços de saúde, por meio de práticas que considerem não somente os aspectos clínicos, mas também os aspectos sociais, psicológicos e econômicos. Isto aponta para a necessidade de articulação interdisciplinar.

O trabalho em equipe interdisciplinar, compreendido como método que tem como característica fundamental a intensidade das trocas entre especialistas e o grau de integração e interação das disciplinas envolvidas num projeto comum, no qual se ressalta a importância das relações de interdependência e das conexões recíprocas, as quais rompem as fronteiras disciplinares, instaura a possibilidade de mudança dos valores profissionais, e, desta forma, torna-se um facilitador de princípios como universalidade, equidade e integralidade, contribuindo para uma mudança de consciência da população para uma maior valorização da prevenção e promoção da saúde em detrimento de uma abordagem com foco apenas em práticas curativas (Santos e Cutolo, 2004).

A tentativa de efetivação de novos modelos de saúde fortalece a busca por práticas de saúde pautadas no trabalho interdisciplinar por acreditar que esta forma de organização da força de trabalho seja capaz de atender em quantidade e qualidade e de forma equânime as demandas da população (Araujo e Rocha, 2007).

As equipes interdisciplinares por serem constituídas por múltiplos olhares disciplinares favorecem a abordagem integral¹ dos indivíduos. O que contribui para um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença (Araujo e Rocha, 2007).

Almeida Filho (2005) chama a atenção para o fato da crise paradigmática da ciência contemporânea implicar nos profissionais se abrirem a outros enfoques, pois, caso contrário, os cientistas correrão o risco de “(...) terem suas disciplinas transformadas em mero repertório de técnicas e procedimentos desde já superados” (p.33-4). O trabalho em equipe interdisciplinar na promoção da saúde não é apenas uma escolha, mas uma necessidade.

O Centro de Promoção da Saúde do Hospital das Clínicas em São Paulo, implantado em 1999, tem se mostrado um instrumento para a modificação dos paradigmas vigentes na atenção à saúde. O trabalho realizado por uma equipe multiprofissional com o objetivo de capacitar a comunidade para melhoria do seu estado de saúde, através de práticas de promoção e prevenção exige dos profissionais mudanças de atitudes tanto em nível profissional quanto pessoal a fim de atingir a interdisciplinaridade. Este local serviu como referência para discutir as relações disciplinares na promoção da saúde. Abordando este tema sob a perspectiva da metodologia interdisciplinar proposta por Japiassu (1976).

¹ Neste estudo o termo integralidade refere-se à possibilidade de aproximação entre as partes, pois, corroborando com Araujo e Rocha (2007), a totalidade dificilmente pode ser alcançada.

As discussões deste estudioso partem de uma vertente epistemológica, concentrando-se principalmente no campo das pesquisas nas ciências humanas. No presente estudo, tem-se como foco o campo das práticas em saúde. Isto fez com que o termo disciplina fosse empregado, muitas vezes, com sentido diferente daquele autor, que concebe disciplina como sinônimo de ciência, instrução, ensino. Optou-se nesta pesquisa em não restringir este termo a apenas estes significados, mas também englobar o seu campo prático, o exercício profissional. Pois, como aponta Almeida Filho (2005, p.41):

Podemos ousar mais ainda e propor que não existem campos disciplinares *per se*, ou melhor, estes só se realizariam enquanto instituições de uma dada subcultura científica e como formas mentais e efeitos práticos (ou seja, na ação) dos seus agentes.

A escolha em usar o termo disciplina como referência ao campo de ação dos profissionais ocorreu por acreditar que as ciências (disciplinas) têm cada vez mais áreas de convergência, sendo até mesmo difícil diferenciá-las. Talvez o que mais as delimita é o seu campo de atuação, através do exercício de cada profissão.

A construção dos instrumentos de coleta de dados, com base na metodologia interdisciplinar proposta por Japiassu (1976), contribuiu para comparação dos resultados encontrados na observação participante e nas entrevistas semi-estruturadas, isto permitiu identificar que a percepção dos profissionais quanto ao trabalho em equipe eram coerentes com as práticas de promoção da saúde realizadas no CPS-HCFMUSP. Houve uma proximidade muito grande entre as informações coletadas na observação participante e nas entrevistas semi-estruturadas, podendo até

mesmo dizer que o segundo método de coleta dos dados (entrevistas semi-estruturadas) confirmou os achados do primeiro (observação participante).

A observação participante favoreceu a escolha dos entrevistados permitindo a identificação dos informantes-chave, além de captar elementos que mereciam ser melhor investigados nas entrevistas. Integrando as equipes, os pesquisadores puderam vivenciar as relações interpessoais e sentir o clima de trabalho.

Outro elemento que merece destaque é o grande número de voluntários atuando no CPS-HCFMUSP no período da pesquisa. Este estudo não teve o objetivo de relacionar as respostas ao tipo de vínculo entre os profissionais, entretanto, notou-se que as respostas dos voluntários eram semelhantes às dos profissionais com vínculo empregatício, como por exemplo, a percepção sobre o trabalho em equipe e promoção da saúde, até mesmo em relação aos objetivos. A grande diferença entre voluntários e profissionais com vínculo estava no comprometimento e participação nas atividades, portanto, no campo da ação.

Com base nos dados levantados na observação participante e entrevistas semi-estruturadas discute-se o emprego da metodologia interdisciplinar, proposta por Japiassu (1976), em um centro universitário de promoção da saúde e prevenção de doenças.

5.1. OBJETIVOS COMUNS

Um dos primeiros passos para o estabelecimento de um trabalho em equipe interdisciplinar é o acordo quanto ao objetivo do trabalho. Etges (2008) chama atenção para o fato de que é justamente a existência de objetivos semelhantes que facilita a cooperação tão necessária à prática interdisciplinar.

Este estudo identificou, tanto através da observação participante quanto das entrevistas semi-estruturadas, que na maioria das vezes os objetivos pessoais estavam alinhados com o objetivo da equipe, que por sua vez estava alinhado ao objetivo do serviço. Porém, existiam profissionais cujo objetivo não era a promoção da saúde, mas sim interesses pessoais, como melhor horário de trabalho, ter no serviço uma porta de entrada para realizar pós-graduação, ou mesmo uma imposição institucional. Esta diferença de objetivos foi percebida pelos profissionais como obstáculo ao trabalho interdisciplinar.

Santos e Cutolo (2004) também identificaram como obstáculo à interdisciplinaridade a diferença de objetivos. Ao estudar o trabalho em equipe no Programa Saúde da Família (PSF) os autores apontaram como obstáculos à interdisciplinaridade, a participação nas equipes de profissionais que apenas se engajavam no trabalho multiprofissional por interesse financeiro ou acadêmico ou por simples curiosidade, sem perfil adequado para o exercício da função. Isto contribui para formação de equipes heterogêneas, pouco comprometidas com a execução da tarefa de modificar o perfil de saúde.

Ter uma vinculação sólida foi outro importante fator identificado para que se tivesse objetivo comum.

Através do processo comunicativo é possível estabelecer um acordo quanto aos objetivos. Como no CPS-HCFMUSP não há treinamento para os profissionais que entram no serviço, ou mesmo uma apresentação, os colaboradores ao iniciarem sua prática profissional não têm total discernimento quanto ao objetivo do CPS-HCFMUSP, isto acontece com o tempo, com a prática. Esta situação não é a ideal, pois contribui com equívocos, que podem comprometer a prática e o trabalho em equipe.

Além da importância do diálogo e discussão quanto aos objetivos, é preciso que estes façam sentido para a pessoa. Como aponta Lane (1984, p. 33-4):

Se por um lado os significados atribuídos às palavras são produzidos pela coletividade no seu processar histórico e no desenvolvimento de sua consciência social e, como tal, se subordinam às leis histórico-sociais, por outro, os significados se processam e se transformam através de atividades e pensamentos de indivíduos concretos, e assim se subjetivam (adquirindo um sentido pessoal), na medida em que retornam para a objetividade sensorial do mundo que os cerca, através das ações que eles desenvolvem concretamente.

A promoção da saúde, apesar de décadas de discussão, não é uma abordagem com que a grande maioria dos profissionais está acostumada, isto dificulta a construção, concordância e compreensão quanto aos objetivos pelos profissionais. Esta abordagem precisa se fortalecer enquanto uma construção social, fazer parte da cultura em saúde. Paralelo a isto os profissionais precisam subjetivar os conhecimentos e práticas de promoção da saúde, fazer com que estes tenham para ele

um sentido pessoal, adentrem o seu sistema cognitivo. A partir daí teremos uma melhor compreensão e aceitação dos objetivos estabelecidos. O que refletirá nas práticas e atuação dos colaboradores, possibilitando um trabalho de fato interdisciplinar.

5.2. INTERAÇÃO

Em relação à interação, destacou-se o predomínio dos espaços informais como via de comunicação no CPS-HCFMUSP. Silva et al. (2002) chamam a atenção para a importância destes espaços por favorecerem a discussão pelos profissionais de suas práticas, contribuírem para o estabelecimento de relações interdisciplinares e para que os profissionais se apossassem das dimensões desta forma de organização do trabalho. Este aspecto foi identificado no presente estudo.

Destacou-se a dificuldade de se ter um espaço físico para discussão, devido à característica institucional de valorização das práticas curativas em detrimento das de prevenção e promoção da saúde. Como elucidado por Fazenda (1994), para que a comunicação aconteça é importante que a instituição garanta espaço para a “troca”. Isto não acontecia de forma ideal no CPS-HCFMUSP. Além disso, a característica de vinculação do serviço – grande maioria dos profissionais voluntária ou tomada de

empréstimo (vínculo empregatício com outros serviços do HC e não diretamente com o CPS) não favorecia a interação.

Por mais que os entrevistados reconhecessem os espaços de discussão como multidisciplinares e como ponto favorável para o estabelecimento de relações interdisciplinares, observou-se que muitos colaboradores não participavam destes espaços. Os que participavam tinham vínculo empregatício ou acadêmico com o CPS-HCFMUSP, já os profissionais sem vinculação direta ao serviço não freqüentavam os espaços de discussão. Apesar de a equipe médica ter vínculo com o HCFMUSP, ela não interagiu com as outras equipes.

Destaca-se que a pouca participação dos colaboradores do CPS-HCFMUSP nos espaços de discussão foi identificada através da observação participante e comprovada no discurso dos entrevistados, o que aponta que os profissionais e equipes estavam conscientes quanto a estes fatos, mas pouco faziam para mudar esta realidade.

Como aponta Silva et al. (2002), ainda é comum os profissionais, mesmo os não médicos, centrarem suas práticas numa racionalidade clínica, predominando o modelo médico, pelo qual cada profissional busca o maior grau de autonomia no desempenho de seu trabalho, fecha-se ao diálogo, o que resulta em pouca interação e, conseqüentemente, em práticas fragmentadas. Japiassu (1976) também apontou a importância da postura do profissional para efetivação da metodologia interdisciplinar. Reforçou que um profissional de fato interdisciplinar deve ter uma forma própria de capacitação, com uma nova consciência que reconheça a comunicação como ponto fundamental.

Bastide (1968)¹ citado por Japiassu (1976) afirma que existem algumas condições imprescindíveis para a equipe interdisciplinar: a equipe deve se impor como organização específica e autônoma em relação às instituições preestabelecidas; os seus membros devem se reunir todos no mesmo local em momentos específicos; deve-se ter cuidado com o número de integrantes, pois muito numerosa pode comprometer a comunicação e cooperação, e quando restrita pode empobrecer os resultados. Diante do exposto, nota-se que a situação do CPS-HCFMUSP não é a ideal.

Nas práticas analisadas e através do discurso dos entrevistados, identificou-se que muitos colaboradores não se conheciam, nem mesmo conheciam algumas profissões e percebiam isto como um limite para interação, ressaltando que assim, não sabiam a quem procurar quando necessário, nem em que este profissional poderia contribuir com sua prática. Esta situação aponta falhas na interação e implica na impossibilidade de se estabelecer relações interdisciplinares. Situação semelhante foi identificada por Japiassu em 1976, este autor salientou que acontecia frequentemente profissionais de diferentes áreas atuarem sobre um mesmo problema, mas ignorando o que os outros faziam.

Conhecer a experiência de cada membro da equipe é um dos primeiros passos para o estabelecimento de uma prática interdisciplinar. Ter a intenção de conhecer o outro e desenvolver uma prática comunicativa orientada nesta direção é fundamental para que de fato aconteça uma relação de reciprocidade e se estabeleça uma verdadeira interação (Fazenda, 1994; Gattás, 2005).

¹ Bastide R. Approche interdisciplinaire de la maladie mentale. In: *The Social Sciences: problems and orientations*. Mouton/UNESCO; 1968.

A formação universitária prepara os profissionais segundo os princípios éticos e corporativos de sua profissão, sem conhecer as potencialidades do outro, não há um espaço de atuação em comum, o que favoreceria a troca de conhecimento, ações coordenadas, atingindo um objetivo comum, chegando, assim, ao interdisciplinar (Santos e Cutolo, 2004).

Araujo e Rocha (2007) afirmam que a ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, num processo de transformação mútua para a intervenção na realidade em que estão inseridos.

Muitos são os pontos de divergência encontrados na literatura sobre trabalho em equipe, entretanto os diversos autores concordam entre si que o trabalho interdisciplinar implica em planejamento, compartilhamento, cooperação e colaboração entre os membros das equipes. Araujo e Rocha (2007, p.459) afirmam:

A interação democrática entre diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades representam a possibilidade do novo no trabalho em equipe.

A interdisciplinaridade tem justamente como traço fundamental a incorporação e integração de resultados de disciplinas diversas, depois de tê-los comparado e julgado, a partir de um processo de interação profundo.

Nas equipes onde os profissionais interagiam entre si e com o restante do CPS-HCFMUSP, havia o compartilhar dos processos decisórios. Por outro lado, profissionais com maior tempo de atuação nas atividades ou com vínculo empregatício com o serviço acabavam por ter uma postura de menor

compartilhamento. Japiassu (1976) ressalta a importância de se ter cuidados no momento de compartilhar os resultados do trabalho para que não haja atribuição pessoal daquilo que é patrimônio de todos os componentes da equipe. Entretanto, no serviço analisado, talvez pela questão da vinculação com a instituição, alguns profissionais sintam maior responsabilidade em ter ações mais precisas e resolutivas, o que leva ao menor compartilhamento. Por outro lado, os profissionais com maior tempo de atuação podem sentir o seu espaço invadido, terem uma atitude de protecionismo em relação a este espaço, ou mesmo terem uma falsa idéia de maior domínio em relação ao conhecimento.

Este tipo de atitude foi detectado por Japiassu (1976), alguns profissionais por estarem a mais tempo em um projeto assumiam uma postura de proprietário, tendo dificuldades em interagir, dividir o espaço, ter postura colaborativa e de compartilhamento. Esse autor reforça que estar presente desde o início em um projeto não faz do profissional dono deste, é preciso ter respeito e saber escutar e acolher a opinião dos outros participantes. É deste processo dialógico que se tem a possibilidade de construir relações interdisciplinares. Entretanto, muitos não estão preparados para uma nova forma de atuação, passando de práticas individualizadas para práticas interdisciplinares. Além disso, Japiassu (1976) destaca as disciplinas como corpos sociais organizados, reforçando que no interior de cada uma existe um projeto inconsciente de dominar o mundo intelectual, portanto, pode haver rivalidades e competições. Se entre disciplinas predominam estas características, quanto mais entre indivíduos, inseridos numa sociedade com todas suas dificuldades, como, por exemplo, garantir uma colocação no mercado de trabalho.

Silva e Santos (2006) corroboram com Japiassu (1976) ao afirmarem que para a manutenção de um diálogo permanente e aberto entre as diferentes especialidades é importante o clima de respeito, no qual as diferenças possam ser acolhidas e escutadas sem constrangimento. Posição semelhante à de Araujo e Rocha (2007) que ressaltam a importância do espaço de interação entre os profissionais ser livre de coações, para que se estabeleça uma prática comunicativa favorável à construção de um novo modelo de saúde. Este aspecto do respeito e ausência de preconceitos como elemento fundamental da interação foi lembrado pelos profissionais entrevistados.

Fazenda (1994) ao revisar diversos projetos interdisciplinares identificou que em muitos projetos a intencionalidade e o rigor, tão necessários na abordagem interdisciplinar, muitas vezes eram substituídos pela improvisação. Isto também aconteceu no serviço analisado neste estudo. Os profissionais entrevistados destacaram como nó crítico do CPS-HCFMUSP justamente a dificuldade em discutir, analisar e mesmo levantar os dados dos serviços prestados. Reforçaram que tinham muitas vezes que tomar decisões de forma intuitiva, pautada na experiência ou em estudos realizados por outros pesquisadores e não em dados concretos do serviço.

Japiassu (1976) ressalta em sua metodologia interdisciplinar a importância da discussão dos dados para, posteriormente, tomar decisões compartilhadas. Este ponto não foi contemplado no CPS-HCFMUSP. Devido à dificuldade de organização e a vínculos com a instituição que não favoreciam a disponibilidade de recursos humanos com esta finalidade.

A dificuldade de comunicação e interação dentro das equipes não é um problema exclusivo do CPS-HCFMUSP. Santos e Cutolo (2004) apontam esta mesma dificuldade nas equipes de PSF. A comparação entre a realidade destas equipes (PSF) com as do CPS-HCFMUSP leva a questionar se o problema em relação à interação esta prioritariamente no tipo de vínculo com a instituição ou em dificuldades pessoais dos profissionais. Afinal, os colaboradores do PSF têm vínculo empregatício e uma estrutura institucional favorável à interação. Se pensar por este lado talvez sobressaia como obstáculo à interação o despreparo dos profissionais para uma prática interativa.

5.3. LINGUAGEM E METODOLOGIA

Identificou-se nesta pesquisa que as equipes se esforçavam em manter uma linguagem e metodologia comuns ao serviço, mas apresentavam grande dificuldade. Os profissionais estavam conscientes em relação às dificuldades e reconheciam a importância de ter uma linguagem e metodologia comuns, porém, apesar desta consciência, pouco tinham feito para melhorar este problema.

Notou-se, através da observação, que eles empregavam conceitos-chave e conhecimentos de outras disciplinas, mas muitas vezes sem de fato se apropriarem destes, o que foi comprovado nas entrevistas. Incorporar elementos de determinadas

áreas de conhecimento, meramente como informação, sem realizar um questionamento teórico-metodológico das áreas envolvidas como meio para se atingir um objetivo, é uma ação instrumental, técnica, e não uma ação interdisciplinar de fato (Etges, 2008).

Etges (2008) afirma que os profissionais dispostos a trabalhar com enfoque interdisciplinar devem ser capazes de transpor, deslocar e traduzir o seu corpo de conhecimento para o campo de suas representações e experiências familiares, para que atinjam as representações e experiências familiares dos outros. Isso descreve bem como se deve processar a linguagem para que ela se torne inteligível a todos, inclusive aos usuários do serviço. Porém, este é um processo que leva tempo e que depende também da postura do profissional, da sua disposição, o que foi aventado nas entrevistas semi-estruturadas.

Práticas onde os profissionais mantêm a especificidade de sua disciplina de origem criam obstáculos à inteligibilidade da linguagem. É fundamental que cada colaborador esteja seguro quanto ao método e terminologia que emprega para que possa confrontar com os empregados pelos outros especialistas. O êxito da interdisciplinaridade depende da competência de cada especialista em sua área específica, porém jamais se fechando e sendo hostil e indiferente aos outros domínios do saber. Os especialistas devem reconhecer o caráter parcial e relativo de sua disciplina. Sem este reconhecimento, o que se estabelece são monólogos paralelos ou cruzados e não de fato um trabalho conjunto (Japiassu, 1976).

Um dos entrevistados remeteu ao usuário do serviço ao pensar neste aspecto, afirmando que é difícil para este compreender e apreender o que está sendo realizado

nas atividades. É interessante observar que apenas um profissional demonstrou preocupação com o usuário em relação à inteligibilidade da linguagem e metodologia. Isto demonstra que talvez esta questão não esteja sendo considerada no trabalho das equipes analisadas.

Identificou-se ainda que as iniciativas de padronização da linguagem e metodologia partiam de ações individuais de profissionais que de fato buscavam a interdisciplinaridade. Porém, a construção de uma linguagem e metodologia comuns deve ser um processo coletivo, e não dependente de atitudes individuais, como estava acontecendo. Para Japiassu (1976) a linguagem comum é uma consequência do trabalho coletivo, uma construção *a posteriori* e não *a priori*.

A padronização é considerada elemento facilitador de uma abordagem interdisciplinar. Não se está, no entanto, falando em busca de um denominador comum, pois a interdisciplinaridade é um elemento teórico-metodológico pautado na diferença e na criatividade, centrado na exploração das potencialidades de cada área, na compreensão dos seus limites. Ela julga esquemas conceituais de várias disciplinas para posteriormente integrá-los, incorporando, assim, resultados de vários campos do saber. Esta é sua característica principal (Santos e Cutolo, 2004; Etges, 2008). Como aponta Japiassu (1976) uma das características fundamentais da interdisciplinaridade é o respeito pela autonomia dos diferentes métodos das disciplinas.

Portanto, atuar interdisciplinarmente não significa anular o seu próprio saber e poder e sim torná-los inteligíveis aos outros. Não implica em um profissional ser competente em vários campos de saber, mas sim estar aberto e atento às outras

disciplinas (Japiassu, 1976; Rocha et al., 2002; Silva e Tavares, 2003; Spink, 2003; Gattás, 2005; Jantsch e Bianchetti, 2008).

5.4. TRABALHO INTEGRADO

Identificou-se através das entrevistas que um dos aspectos mais importantes para alcançar a interdisciplinaridade é um dos pontos de maior vulnerabilidade identificado neste estudo – a integração.

O principal fator para existência de um trabalho integrado, identificado neste estudo, foi a interação. Por isso, faz-se necessária, primeiramente, diferenciar os termos, pois surgirão com frequência e para que se evitem equívocos. Interação é a influência recíproca de dois ou mais elementos, já integração é a condição de constituir um todo pela adição ou combinação de partes ou elementos.

Silva e Santos (2006, p.417) afirmam:

Somente um trabalho de efetiva integração e o estabelecimento de inter-relações entre as diversas disciplinas proporcionará a criação de condições propícias para enfrentar a complexidade do cuidar pensado como integralidade.

No CPS-HCFMUSP encontraram-se situações dúbias, remetendo às concepções de trabalho em equipe propostas por Peduzzi (2001): encontraram-se “equipes agrupamento”, nas quais o trabalho é caracterizado pela fragmentação das

ações; e “equipes integração”, em que o trabalho é caracterizado pela integração entre relações e práticas, o que favorece a proposta da integralidade das ações de saúde e a necessidade atual de recomposição dos saberes e trabalhos especializados.

De uma forma geral, as equipes trabalhavam internamente de forma integrada, porém a dificuldade do serviço desenvolver um trabalho integrado foi maior, pois as equipes realizavam suas práticas de forma desconectada, sem conhecimento do que se passava em outros grupos.

O que favorecia a integração da equipe era o convívio durante o próprio horário de trabalho. Porém, a integração com as outras equipes era menor porque a instituição não oferecia condições adequadas para a interação e consequente integração, pois a força de trabalho era basicamente voluntária e o espaço de discussão não era favorável ao encontro. Novamente, voltamos à questão da importância da instituição garantir condições favoráveis ao trabalho em equipe interdisciplinar.

Para Japiassu (1976) a única solução para os riscos impostos pela crescente especialização é a cooperação entre os profissionais através de um trabalho realizado em equipe. Porém, salienta que este trabalho não pode ser resultado de uma espontaneidade qualquer, mas para que seja fecundo e eficaz ele deve ser institucionalizado, ou seja, a equipe deve ser concebida como uma organização com regras metodológicas mínimas e comuns, às quais todos os membros das equipes devem estar submetidos.

Apesar do trabalho em equipe ser considerado uma forma eficiente de organização e emprego das habilidades humanas por possibilitar uma visão mais ampla e coletiva do trabalho, enfocando o compartilhamento de tarefas e cooperação em projetos comuns, sem interação as práticas fragmentadas continuavam a ser reproduzidas, bem como o enfoque biológico individual (Araujo e Rocha, 2007).

O engajamento foi apontado por Fazenda (1994) como a base de um projeto interdisciplinar, decorrente de um processo lento que se constrói a partir de questionamentos à prática efetiva. Os profissionais não engajados apresentavam uma grande dificuldade em se conectarem aos padrões estabelecidos. E isso promovia práticas fragmentadas.

Por exemplo, a maior dificuldade da equipe médica em desenvolver um trabalho integrado, principalmente em relação às outras profissões, foi um dos aspectos que se destacou em relação ao trabalho integrado. Novamente, esta dificuldade de interagir com outras profissões pode estar relacionada à formação na área da saúde pautada no modelo flexneriano, em práticas individualizadas.

O ensino acadêmico tradicional valoriza o maior grau de autonomia, a especialização e não favorece a interação com outras áreas de conhecimento. Criados nesta mentalidade, os profissionais encontram dificuldade de realizar práticas interdependentes e integradas. As relações de trabalho são marcadas pela atuação isolada de profissionais e a comunicação entre as disciplinas tornou-se cada vez mais difícil. A interação e desenvolvimento de um trabalho integrado exigem esforço e persistência, pois a tendência é a manutenção de práticas há muito cristalizadas (Raynault, 2002; Rocha et al., 2002).

Estes aspectos foram sinalizados também por Peduzzi (1998) que chama a atenção para o fato de a formação dos profissionais de saúde estar pautada no modelo biomédico, o que pode representar uma limitação para a atuação na esfera da interação, entendida como uma prática comunicativa. Gattás (2005) também ressalta o fato de os profissionais médicos estarem acostumados a desenvolverem suas práticas sozinhos, apenas tendo com as outras profissões relações de complementaridade e não de fato um trabalho integrado.

A dificuldade de estabelecer um trabalho integrado também foi identificada por Silva et al. (2002) ao analisar as relações estabelecidas entre os profissionais dos centros de referência para DST/AIDS. Nestas práticas as ações eram justapostas, a integralidade das ações se dava através do encaminhamento dos clientes a outros setores, não de fato através de uma interação entre os profissionais, com articulação das ações. O mesmo acontecia no PSF, Santos e Cutolo (2004) enfatizam que as relações de trabalho neste programa se aproximavam mais do pluridisciplinar, pois não havia integração entre os componentes das equipes, consequentemente o trabalho não era integrado, atribuíam este fato à reprodução da formação universitária. Situações semelhantes a estas foram encontradas no CPS-HCFMUSP.

Um elemento facilitador de um trabalho integrado é a definição de papéis e responsabilidades dentro e entre as equipes. De uma forma geral, os profissionais do CPS-HCFMUSP tinham papéis e responsabilidades definidos, mas apesar disto foi identificado que muitos profissionais não tinham conhecimento destas definições, e, por predominar um clima muito grande de autonomia e horizontalidade nas relações, muitas vezes, tinha-se a impressão de indefinição de papéis e responsabilidades, o

que poderia ser um atrativo ao mesmo tempo que um obstáculo à integração das práticas, como sinalizado nas entrevistas semi-estruturadas.

Japiassu (1976) também foi categórico ao afirmar que a divisão de tarefas e conhecimento pelos profissionais do seu papel e dos papéis de seus colegas é essencial para o sucesso da interdisciplinaridade. Definir previamente os papéis de cada profissional, através do estabelecimento de discussão, evita equívocos. É importante que os papéis se ajustem de forma harmoniosa. Este é um aspecto que precisa ser melhor trabalhado no CPS-HCFMUSP, as tarefas e responsabilidades devem ser definidas e compreendidas por todos os colaboradores, o que não estava acontecendo.

A divisão de papéis e responsabilidades no CPS-HCFMUSP se dava por diferentes critérios, mas predominava a divisão em conhecimentos específicos de cada área, o que podia favorecer a existência da disciplinaridade, ou seja, a fragmentação em áreas isoladas. Porém, não se deve confundir a interdisciplinaridade como o tipo de relação no qual todos fazem de tudo, ou um profissional faz o papel de outro. Isto pode até acontecer, e acontecia no CPS-HCFMUSP, mas o que caracteriza a interdisciplinaridade é a capacidade de transitar por áreas diferentes da sua de formação, sem desfazer dos seus conhecimentos e habilidades.

Para Japiassu (1976) é indispensável que a autonomia de cada disciplina seja assegurada, para que prevaleça a harmonia de suas relações com as demais. O autor afirma que onde não houver independência disciplinar, não pode haver interdependência das disciplinas (Japiassu, 1976). Follari (2008) ao analisar a divisão

de papéis no trabalho em equipe ressalta que cada profissional deve se restringir a trazer sua profissão à discussão numa postura de abertura para colocar-se em sintonia com outros conhecimentos, sem extinguir sua própria especificidade.

5.5. CONHECIMENTO INTEGRADO

Há o reconhecimento pelos colaboradores do CPS-HCFMUSP quanto à construção de um conhecimento integrado através da interação entre profissionais de diferentes disciplinas, o que pôde ser comprovado através da observação participante. Como aponta Japiassu (1976), reunir especialistas de diferentes disciplinas numa equipe e no interior de uma mesma instituição, com foco num mesmo problema, favorece as trocas, intercâmbios, confrontos e enriquecimentos recíprocos. A interdisciplinaridade não se caracteriza pela simples troca de conhecimento de áreas afins, mas pela modificação do conhecimento através de uma prática interativa.

O conteúdo da promoção da saúde é interdisciplinar, se dá na interface entre diferentes áreas de conhecimento. Entretanto, nas práticas de promoção da saúde ainda se depara com profissionais abordando apenas aspectos referentes à sua área específica de formação. Os profissionais ainda apresentam certa dificuldade de se abrirem ao enfoque da promoção da saúde, estando muito presos aos conhecimentos

de suas disciplinas. Portanto, por mais que se tenha o conhecimento integrado em promoção da saúde, na prática ele se fragmenta, pois depende do profissional em atuação.

Japiassu (1976) chama a atenção para as dificuldades de aproximação e integração dos domínios da atividade humana não só no plano teórico, do conhecimento, mas também no da ação. O autor afirma que nos empreendimentos interdisciplinares não é possível dissociar conhecimento e prática, pois estes são interdependentes, instauram-se numa relação dialética. Ressalta, ainda, que os profissionais têm o importante papel de transcodificar o conhecimento em ação. Esta é uma dificuldade na área de promoção da saúde.

Os resultados deste estudo apontaram que a interdisciplinaridade na promoção da saúde e a construção de um conhecimento integrado, como nos demais ramos do saber, decorrem principalmente do encontro de indivíduos, mais do que de disciplinas, através da prática transitiva destes agentes (Japiassu, 1976; Fazenda, 1994; Almeida Filho, 2005).

Araujo e Rocha (2007) são enfáticos ao afirmar que o objeto do trabalho em saúde implica necessariamente em uma abordagem interdisciplinar e uma prática multiprofissional. Japiassu (1976) afirma que a interdisciplinaridade só pode ser realizada em equipe, jamais por um único indivíduo, pois se correria o risco de padecer de um autodidatismo injustificado. Posição semelhante é apresentada por Porto e Almeida (2002) ao reforçarem a importância de equipes multiprofissionais constituídas por sujeitos de distintas formações e competentes em suas áreas específicas para que de fato a interdisciplinaridade aconteça. Estes autores criticaram

a “interdisciplinaridade solitária”, ou seja, a interdisciplinaridade realizada por um único sujeito ou por sujeitos com formação semelhante, pois isto não facilitaria a compreensão de sistemas complexos, o que é possível através de múltiplos enfoques e estudos especializados.

De fato, neste estudo, a existência de conhecimento integrado mostrou estar relacionado à atuação conjunta de profissionais de diferentes áreas, pois nas equipes constituídas por profissionais de uma única disciplina não havia o emprego de conhecimentos de outras áreas, o que acontecia nas equipes multiprofissionais. Portanto, não havia modificação disciplinar, nem mesmo no conteúdo trabalhado, o que leva ao questionamento: “será que o que estava sendo feito de fato era promoção da saúde?”.

A promoção da saúde se configura como um discurso capaz de atravessar as fronteiras disciplinares. Talvez o que falte seja uma linguagem e estruturas lógicas e simbólicas que façam sentido para os profissionais e favoreçam a comunicação interdisciplinar.

Vasconcelos (2002) afirma que para que se atinja a ‘síntese da complexidade’ é fundamental produzir discursos disciplinares que tenham a capacidade de atravessar fronteiras disciplinares, o que somente é possível quando há o compartilhamento de linguagem e de estruturas lógicas e simbólicas.

Para que este processo seja possível o autor supracitado sugere que os profissionais sejam preparados através de etapas sucessivas de treinamento-socialização-enculturação nos distintos campos científicos que estruturam

determinada prática. Pois, não basta pegar de empréstimo e usar tecnicamente o conhecimento de uma determinada disciplina, é necessário interiorizar este conhecimento e este é um processo lento. Para o conhecimento se tornar de fato conhecimento é preciso que ele faça sentido para o sujeito (Etges, 2008). A promoção da saúde implica em mudar paradigmas. Hipocrates 460 anos antes de Cristo já falava que era mais importante conhecer a pessoa que tem a doença do que conhecer a doença que a pessoa tem. Ainda hoje sair do foco da doença para ver o sujeito é, muitas vezes, um processo difícil para os profissionais de saúde.

Um elemento facilitador do emprego de um conhecimento integrado é o emprego de ferramentas interdisciplinares, como protocolos, apostilas. Neste estudo a única equipe unidisciplinar que empregava conhecimentos de outras áreas era a equipe médica, justamente pelo emprego de ferramentas interdisciplinares. Outro facilitador que se destacou foi a postura do profissional. Equipes constituídas por profissionais de fato dispostos a interagirem e adquirirem conhecimentos de outras áreas contribuía para a construção de conhecimento integrado.

5.6. NIVEIS HIERARQUICOS

Os entrevistados apresentaram diversas percepções quanto ao que determina o estabelecimento da liderança (conhecimento, experiência, vínculo empregatício,

profissão) no CPS-HCFMUSP, entretanto foram unânimes em afirmar que é uma hierarquia horizontal, com a função de realizar uma coordenação. Japiassu (1976) ressalta a importância da existência de hierarquia com a função de mediar a cooperação entre os profissionais e campos disciplinares, porém salienta que esta não pode ser rígida, deve prevalecer um clima democrático de trabalho. O que muitas vezes pode dar a sensação de não haver hierarquias. Gattás (2005) apontou que inserir-se num projeto interdisciplinar é aventurar-se em relações irregulares, sem um ponto fixo. O que pode gerar dificuldades ao estabelecimento da interdisciplinaridade. Estes aspectos foram identificados neste estudo como exposto nos resultados.

Alguns profissionais sinalizaram que ainda prevalecia hierarquia por profissão, principalmente no sistema de saúde, onde a medicina ainda tem posição de destaque. Severino (2008), com sua experiência pedagógica, afirma que à divisão técnica do trabalho se sobrepõe uma divisão social, pautada na distribuição desigual do poder.

Quanto à hierarquia dentro das equipes de trabalho, através da observação participante, identificou-se que onde existia profissional com vínculo empregatício existiam diferenças de poder, assumia o papel de coordenador de equipe o profissional com vinculação ao HCFMUSP. Já na equipe na qual todos eram voluntários não havia coordenação, o que não é a situação ideal, tendo como referência a metodologia interdisciplinar proposta por Japiassu (1976).

Tomando-se estas duas situações como referência poder-se-ia afirmar que o vínculo é o critério de estabelecimento de liderança, entretanto, identificou-se uma

terceira situação: em uma equipe constituída por profissional com vínculo empregatício e voluntários houve o compartilhamento da liderança. O fator essencial para que isto acontecesse foi a postura dos componentes e a afinidade entre estes. Esta situação leva a questionar se o que faz a diferença hierárquica no caso das equipes seria a diferença de vinculação entre os profissionais ou a postura dos mesmos.

Apesar de haver níveis hierárquicos diferentes não se identificou a imposição de um campo disciplinar sobre os demais. Situação ideal para que haja a interdisciplinaridade. Entretanto, na literatura se encontram ressalvas como a de Gattás (2005) que chama atenção para o fato de no espaço de interação predominar diferentes formas de poder representadas por profissões consolidadas, hegemônicas, entre as quais se destaca a medicina. Até mesmo questões como as diferenças salariais comprometem as relações de poder dentro das equipes e contribuem para a diferença de valoração entre as profissões.

5.7. ASPECTOS SUBJETIVOS

Como dito na seção anterior, ao definir a metodologia de análise dos dados, optou-se em criar previamente as categorias com base nos pontos contemplados na metodologia interdisciplinar de Japiassu (1976), entretanto, um tema surgiu com

freqüência perpassando todas as outras categorias: os aspectos subjetivos que envolvem as relações disciplinares.

Japiassu (1976) foi muito criticado por autores como Jantsch e Bianchetti (2008) por atribuir ao sujeito um importante papel para que haja a interdisciplinaridade e afirmar que este tipo de relação disciplinar parte da mudança de ‘espírito do pesquisador’. Entretanto, Jantsch e Bianchetti (2008) são enfáticos em dizer que a interdisciplinaridade não depende do desejo do profissional, mas necessita que este esteja aberto a esta perspectiva.

Com base na literatura (Japiassu, 1976; Fazenda, 1994; Porto e Almeida, 2002; Vilela e Mendes, 2003; Bernardino et al., 2005; Gattás, 2005; Araujo e Rocha, 2007) e nos dados desta pesquisa pode-se afirmar que a postura do profissional se mostrou um importante fator para o desenvolvimento de relações interdisciplinares na promoção da saúde e que inserir-se numa equipe interdisciplinar de práticas de promoção da saúde exige do profissional: reconhecimento das suas competências e incompetências, limitações e possibilidades da própria disciplina e dos seus agentes; conhecimento e valorização das outras disciplinas e profissionais; postura de abertura ao diálogo e a marcos referenciais construídos e compartilhados por todos; agir de modo comunicativo; questionamento sobre o significado e o sentido do trabalho e dos projetos de vida; paciência; flexibilidade; confiança; tolerância; comprometimento; reciprocidade; humildade; cooperação; engajamento; criatividade; ética; capacidade de adaptação e aceitação de riscos; capacidade de aprender a agir na diversidade e de aceitar novos papéis; senso crítico; pensamento estratégico; capacidade de análise do contexto em relação às práticas que realiza;

visão sistêmica e integral do indivíduo e comunidade; compreensão da organização e gestão do processo de trabalho em saúde.

São estas características que levam à busca de objetivos e metodologias comuns, de discursos compatibilizados, de uma verdade constituída pela complementaridade, de uma atuação humanizada e resolutiva em promoção da saúde.

Araujo e Rocha (2007) reforçaram, ainda, a importância de considerar as especificidades dos membros das equipes, ou seja, considerar aspectos como gênero, inserção social, tempo e vínculo de trabalho, experiências profissionais e de vida, formação e capacitação, visão de mundo, diferenças salariais e interesses próprios. Estas características individuais influenciam o trabalho em equipe nas práticas de promoção da saúde, por estas serem fundamentadas numa inter-relação estreita entre os diversos profissionais.

Porto e Almeida (2002) ressaltam que reunir pessoas com formações diferentes sem postura interdisciplinar, sem afinidades políticas e pessoais, pode ser problemático, não contribuindo para a integração dos conhecimentos e abordagens, mantendo empreendimentos multidisciplinares fragmentados e ainda com a possibilidade de conflitos entre os profissionais da equipe. Identificou-se, através da observação participante, a influência destas especificidades e características supracitadas no trabalho das equipes. Estes aspectos também foram identificados no discurso dos profissionais entrevistados, principalmente quando eles falavam sobre os obstáculos e facilitadores da interdisciplinaridade nas práticas de promoção da saúde.

Japiassu (1976) ressalta que a interdisciplinaridade não é apenas um conceito, mas se impõe enquanto uma prática, tanto individual quanto coletiva. Individual, por partir de uma atitude de curiosidade, abertura, desejo de se enriquecer com novos enfoques e de superação de perspectivas ultrapassadas, portanto, não pode ser aprendida, mas exercida, e pode ser originada de um treinamento contínuo, de um afinamento das estruturas mentais. Enquanto prática coletiva depende da postura de abertura ao diálogo, do reconhecimento de limites e da relação de dependência em relação às outras disciplinas por parte dos membros das equipes. Postura esta que se adquire ao longo do trabalho em equipe interdisciplinar.

Observou-se, neste estudo, que as pessoas com maior capacidade de ultrapassar as fronteiras e com postura interdisciplinar tinham formação diferenciada em promoção da saúde. O que destaca a importância de etapas sucessivas de treinamento-socialização-enculturação nos diferentes campos científicos (Silva et al., 2002), objetivando que os profissionais aceitem, compreendam e apreendam a abordagem tanto da interdisciplinaridade quanto da promoção da saúde e desenvolvam habilidades relacionais. A importância de realizar treinamentos foi apontada pelos entrevistados, e se destacou como algo que poderia ser acrescentado na metodologia interdisciplinar.

Como sinalizado nas entrevistas semi-estruturadas é preciso definir competências mínimas para os profissionais em atuação em equipe nas práticas de promoção da saúde, identificar se o profissional tem estas competências, se tem postura interdisciplinar e, acima de tudo, se está disposto ao trabalho em equipe.

Muitas das características supracitadas são inerentes aos sujeitos inseridos nas equipes, mas é preciso criar estratégias para desenvolvimento destas habilidades.

Japiassu (1976) propõe que cada especialista desenvolva “espírito epistemológico”, ou seja, que desenvolva postura atenta às relações de sua disciplina com as demais, no entanto sem anular sua especialidade. Afirma que a interdisciplinaridade só é possível a partir da mudança nas estruturas mentais dos especialistas, quando eles forem capazes de transpor suas especialidades no conjunto das ciências envolvidas no projeto comum.

Ter espírito interdisciplinar não significa ter domínio de vários campos de conhecimento, ou intrometer-se no que os outros fazem, mas sim estar aberto a outras especialidades, ter interesse em elementos de outras disciplinas que possam enriquecer a sua e a estar atento aos pontos de sua especialidade que pode contribuir para formulação de novos problemas e, conseqüentemente de novas disciplinas (Japiassu, 1976).

Japiassu (1976, p.26) aponta:

A exigência interdisciplinar impõe a cada especialista que transcenda sua própria especialidade, tomando consciência de seus próprios limites para acolher as contribuições das outras disciplinas.

Ter a disponibilidade de trabalhar com profissionais de outras áreas é o primeiro passo para estabelecer relações interdisciplinares, porém, neste estudo, identificou-se que os profissionais com esta postura acabavam por manter a especificidade de sua profissão, comprometendo a existência do trabalho interdisciplinar. Já a postura profissional de busca de conhecimento e habilidade em

outras disciplinas para além da aceitação de trabalhar com profissionais de outras áreas se mostrou de fato favorável à interdisciplinaridade.

Japiassu (1976, p. 138-9) afirma:

A nova inteligência deve encarnar-se num novo tipo de pesquisadores. O cientista não será mais aquele que se confina no domínio estreito que escolheu ou que lhe foi imposto. Não será mais um acumulador ou simples colecionador de informações. Deverá, ao contrário, superar esta espécie de “capitalismo epistemológico” e tomar consciência de que sua especialização precisa ser compensada pelo sentido da complementaridade das perspectivas epistemológicas, de que suas verdades parciais não podem ser exclusivas uma das outras, porém, inclusivas.

Ficou nítido nas práticas observadas que a postura do profissional e, principalmente, fatores subjetivos como afinidade e empatia eram fundamentais para a padronização da linguagem e metodologia, para interação intra e inter equipes, para o desenvolvimento de trabalho e conhecimento integrados e até mesmo para a distribuição de responsabilidades (papéis, hierarquia). Cabe ao profissional generalizar seus conhecimentos com o objetivo de situá-los num sistema de conjunto englobando as outras disciplinas (Japiassu, 1976).

Portanto, pode-se afirmar que não é apenas o estabelecimento de conceitos e métodos em comum que garantem a interdisciplinaridade. Uma vez que se lida com sujeitos concretos, que têm sua subjetividade, sua história, inseridos num contexto sócio-político, é importante que sejam consideradas as suas peculiaridades, que podem funcionar como facilitadoras para o trabalho em equipe ou como obstáculo ao estabelecimento de uma equipe interdisciplinar (Almeida Filho, 2005).

Identificar, analisar e trabalhar os aspectos subjetivos que envolvem as relações disciplinares é algo a ser incluído na metodologia interdisciplinar. Mais do que seguir passos em direção à interdisciplinaridade é importante pender o olhar para o sujeito, para o profissional envolvido nas práticas e pesquisas em promoção da saúde. É importante investir na formação destes profissionais e reforçar, através das práticas coletivas, as características essenciais ao trabalho interdisciplinar na promoção da saúde.

5.8. PERCEPÇÃO PELOS PROFISSIONAIS QUANTO AOS PRINCIPAIS CONCEITOS (PROMOÇÃO DA SAÚDE E INTERDISCIPLINARIDADE)

A grande maioria dos profissionais entrevistados ao definir promoção da saúde remeteu à nova concepção de saúde, pela qual o bem-estar e a qualidade de vida ganham destaque, não ficando limitada à saúde como ausência de doença. Os colaboradores apresentaram percepções coerentes com a definição de promoção da saúde proposta nos documentos oficiais sobre este tema (Brasil, 2002), que traz uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes e reforça a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (Buss, 2000).

Entretanto, houve alguns profissionais que definiram promoção de saúde como evitar doenças. Estes tinham como característica estarem menos engajados com a abordagem da promoção da saúde. Promover saúde vai além de evitar doenças e prolongar a vida, significa assegurar recursos que ampliem a qualidade de vida, a capacidade de autonomia e de bem-estar. Engloba, portanto, aspectos subjetivos. Dimensão esta lembrada pela maioria dos profissionais.

Buss (2000) aponta que o termo promoção da saúde está associado a valores como: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parceria, entre outros. Estes aspectos foram encontrados na definição do termo neste estudo.

Dentre as estratégias de promoção da saúde a mais lembrada pelos entrevistados foi o desenvolvimento de habilidades pessoais. Talvez por eles estarem envolvidos principalmente com esta prática no CPS-HCFMUSP. Lembra-se que promoção da saúde envolve políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, reforço da ação comunitária, reorientação do sistema de saúde e parcerias intersetoriais (Brasil, 2002). Esta última estratégia também foi bastante citada.

Outro aspecto lembrado foi o empoderamento e a equidade reforçados no conceito de promoção da saúde proposto na Carta de Ottawa, que traz à tona a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e comunidades pela sua própria saúde (Brasil, 2002).

Os profissionais ao definirem promoção da saúde remeteram às relações disciplinares, reforçaram a importância da interdisciplinaridade para efetivação da promoção da saúde.

A saúde é compreendida como um estado dinâmico, construído socialmente e, para que seja garantida, necessita de intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade. A intersetorialidade é a ferramenta operacional da promoção da saúde e a interdisciplinaridade o seu fundamento cognitivo (Buss, 2000; Brasil, 2002).

Almeida Filho (2005) afirma que paralela e contraditoriamente à crescente especialização existem agrupamentos de fronteiras disciplinares, sendo difícil até mesmo identificar a que área do conhecimento pertencem os sujeitos envolvidos em determinados estudos. Isto provoca uma situação dúbia: por um lado predomina a ambigüidade, o caos, a incoerência, da qual seguem fenômenos de fusão e mistura de métodos e teorias, e por outro se tem abertura de fronteiras, consideração de contexto e desingularização das disciplinas.

A promoção da saúde enquanto campo de conhecimento e prática busca justamente o que há entre as disciplinas, das diferenças são extraídas as convergências, da mistura de métodos e teorias o que a princípio pode parecer um caos gera um novo olhar sobre a saúde, um olhar mais amplo, para além da visão disciplinar, que fragmenta o homem e sua saúde. A promoção da saúde funciona como um eixo principal que unifica as diversas contribuições dos diferentes campos do saber em direção a um conhecimento capaz de lidar com a complexidade da saúde. Portanto, é um conhecimento interdisciplinar.

Apesar de reconhecerem a promoção da saúde como uma abordagem interdisciplinar, grande foi a dificuldade dos profissionais em definir interdisciplinaridade, o que não é uma surpresa, pois esta é uma dificuldade encontrada também na literatura.

Ao realizar a revisão bibliográfica neste estudo foram encontradas diversas concepções sobre interdisciplinaridade, muitas até mesmo divergentes. O conceito de interdisciplinaridade é o mais difícil de ser descrito, como salienta Alvarenga et al. (2005), pois se apresenta, ainda, bastante plural, devido à complexidade que o trabalho interdisciplinar encerra.

Buscou-se relacionar as percepções de interdisciplinaridade, consequentemente de trabalho em equipe, apresentada pelo entrevistado com sua prática, sua atuação na equipe (percepções levantadas através da observação participante). Isto permitiu identificar que as percepções estavam diretamente relacionadas à prática. Os profissionais que remeteram ao trabalho em equipe como formas anteriores à interdisciplinaridade, como multi e pluri, acabavam por ter uma postura de menor interação, desenvolvendo práticas e conhecimentos menos integrados. Por outro lado, os profissionais que compreendiam o trabalho em equipe como algo da vertente da interação, que percebiam os ganhos com esta prática, tinham ações em prol da interdisciplinaridade.

A grande maioria dos profissionais referiu que no CPS-HCFMUSP predominava a passagem de níveis anteriores aos interdisciplinares para estes. Havia momentos que predominavam relações interdisciplinares em outros multi e pluridisciplinares, o que traz a dimensão que a interdisciplinaridade é um processo e

que os níveis de interação disciplinar não são excludentes, mas flechas de um mesmo arco do conhecimento (Alvarenga et al., 2005).

Alvarenga et al. (2005) chama atenção para a afirmação de Piaget de que a transdisciplinaridade superaria o interdisciplinar, e propõe que o que se percebe é um movimento diferente. Demonstra que em vários documentos oficiais está presente a idéia de que a inter e a transdisciplinaridade não se excluem e sim se relacionam. E nem, tampouco, excluem ou excluíram a unidisciplinaridade, a multi e a pluridisciplinaridade, pois estas são possibilidades diferentes de tratar a realidade, em seus diferentes níveis. As relações disciplinares no CPS-HCFMUSP vêm ao encontro a esta afirmativa apontando que diferentes níveis de relações disciplinares podem coexistir.

Alguns profissionais consideraram a interdisciplinaridade como sendo a junção de profissionais de diferentes áreas. Mas, como pontuam Santos e Cutolo (2004), a interdisciplinaridade não deve ser confundida com a estrutura de uma equipe multiprofissional. Claro, que ter uma equipe constituída por profissionais de diferentes áreas contribui para a interdisciplinaridade, mas não é a sua constituição e sim sua funcionalidade que garante a existência deste tipo de relação disciplinar. Ou seja, a interdisciplinaridade depende da percepção e apropriação de cada profissional quanto ao seu saber, profissão, funções, papéis e, também depende das suas expectativas.

A interdisciplinaridade tem como característica fundamental a intensidade das trocas entre especialistas, o grau de integração entre as disciplinas envolvidas em um mesmo projeto. Não se trata da mera troca, mas de uma verdadeira troca de

informação, de crítica, de ruptura epistemológica que promova um trabalho em comum (Japiassu, 1976; Gattás, 2005). Justamente a dificuldade de interação, integração e estabelecimento de um projeto comum que prejudicou a existência de interdisciplinaridade no CPS-HCFMUSP. Além disso, observou-se que nas equipes unidisciplinares mantinham-se práticas limitadas, não se ampliava o campo de visão sobre o objeto saúde. Assim sendo, concorda-se com Severino (2008) ao afirmar que a convergente colaboração dos especialistas das diversas áreas é importante para se evitar a hipertrofia de uma fundamentação unidimensional e de uma intervenção puramente técnico-profissional.

Os profissionais identificaram que, através da proximidade entre as disciplinas dentro de um projeto comum, ampliavam-se as práticas e conhecimentos, portanto, os profissionais percebiam os ganhos que se tem com este tipo de abordagem. Este reconhecimento é um passo na direção da interdisciplinaridade nas práticas de promoção da saúde. Etges (2008) afirma que a interdisciplinaridade sistematicamente desenvolvida eleva a capacidade de cooperação com os outros para um tipo de jogo onde todos ganham. O autor propõe que a interdisciplinaridade preconiza a tolerância frente às outras abordagens, não considera como se somente uma teoria fosse verdadeira, pelo contrário, incentiva a criação de novas teorias, vendo nessa criação novas possibilidades de ação e de decisão.

Alguns profissionais apresentavam a percepção de que o conteúdo trabalhado na promoção da saúde era de fato interdisciplinar, entretanto, a relação com os profissionais era multi. Por mais que a promoção da saúde contemple um conhecimento interdisciplinar, ainda sim prevalecem práticas fragmentadas. A

dificuldade, portanto, em relação à interdisciplinaridade na promoção da saúde encontra-se muito mais na interação e nem tanto na absorção de conhecimentos de outras áreas.

Conforme relato, o CPS-HCFMUSP é pautado nos princípios da interdisciplinaridade, na proposta de que a interdisciplinaridade valoriza as especificidades de cada disciplina, mas em prol da construção de um terreno comum. Este tipo de abordagem considera as diversas demandas de saúde dos sujeitos, não se fecha a pontos específicos, mas se abre para uma visão mais ampla e resolutive do cuidado, através do reconhecimento de limites e do conhecimento das interconexões.

Os principais facilitadores e obstáculos do trabalho interdisciplinar na promoção da saúde aventados pelos profissionais entrevistados vieram ao encontro do que está descrito literatura, conforme apresentado ao longo desta discussão. E mais uma vez lembrados nesta discussão:

- Facilitadores – postura profissional, capacidade de escuta, de comprometimento, de respeito e ausência de preconceitos, padronização, treinamentos/formação, espaços de discussão frequentes, que favoreçam a interação, supervisão e planejamento das práticas, com participação de todos os componentes da equipe, igual valorização das disciplinas, empoderamento dos profissionais e vinculação sólida com a instituição. Portanto, incluem questões de ordem institucional, a mudança das questões sócio-culturais e uma postura profissional favorável à interdisciplinaridade e à promoção da saúde.

- Obstáculos – divergência de objetivos, dificuldade de reconhecimento dos limites, personalidade, não consolidação da promoção da saúde (falta de um método bem estabelecido), vínculo dos colaboradores, formação pautada no modelo biomédico, cultura de hipervalorização da especialização e atenção terciária, falta de motivação dos membros das equipes, dificuldade de inserção no mercado de trabalho em promoção da saúde. Estes também ressaltam o que os diversos autores sinalizaram, a interdisciplinaridade depende de questões administrativas e institucionais, mas também da postura e atitude dos profissionais (Japiassu, 1976; Fazenda, 1994; Porto e Almeida, 2002; Vasconcelos, 2002; Gattás, 2005; Frigotto, 2008).

*Ciência e sabedoria são coisas muito
diferentes. Ciência é conhecimento do
mundo. Sabedoria é degustação do mundo.
A ciência se faz com os olhos. A sabedoria,
com a boca.*

(Rubem Alves)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De uma forma geral, os resultados deste estudo apontam que por mais que na promoção da saúde seja reconhecida a importância do trabalho em equipe interdisciplinar, como sinalizado nas Cartas de Promoção da Saúde (Brasil, 2002), ainda não houve mudanças significativas nas relações interprofissionais e na organização do trabalho pautado numa atuação em equipe. É importante repensar a formação e capacitação dos profissionais. Resultados semelhantes foram encontrados por Bernardino et al. (2005) ao estudar o processo de capacitação dos profissionais do PSF e por Santos e Cutolo (2004), com experiência de mais de 7 anos em PSF.

A situação supracitada pode estar relacionada à dificuldade de apreender a promoção da saúde, como indica a presente pesquisa. A partir do momento que o conceito de promoção da saúde for compreendido ficará nítido para os profissionais que: ou eles trabalham interdisciplinarmente ou não trabalham com promoção da saúde, pois esta abordagem é necessariamente interdisciplinar.

Com base na proposta metodológica exposta neste estudo, algumas mudanças na organização do trabalho no CPS-HCFMUSP seriam necessárias para melhoria da qualidade dos serviços interdisciplinares prestados, como o estabelecimento de espaços de interação formais antes das intervenções, com objetivo de melhorar a integração interprofissional, refletir mais sobre as práticas, métodos, linguagem, conhecimentos e objetivos e, assim, estabelecer um projeto comum.

Para que os profissionais sejam capazes de ultrapassar as fronteiras disciplinares e transitarem com propriedade e naturalidade pelos diversos campos científicos e, conseqüentemente pela promoção da saúde, são importantes etapas sucessivas de treinamento-socialização-enculturação, como dito anteriormente (Paim e Almeida Filho, 1998; Silva et al., 2002). Isto favoreceria até mesmo uma mudança cultural, pois ainda predomina a supervalorização do modelo biomédico/curativo e da especialização. A interdisciplinaridade na promoção da saúde implica em mudar paradigmas.

Para que isto seja possível é necessário modificar as estruturas de ensino. Desde Japiassu, na década de 1970, até os estudos mais recentes, a formação profissional é apontada como um dos principais obstáculos à interdisciplinaridade, o que é mais acentuado ainda na área de saúde. Formados em instituições onde predominam modelos flexnerianos, estáticos, com currículos rígidos e pouco conectados com as reais necessidades das populações, os profissionais encontram grande dificuldade de interagir em equipe interdisciplinar na promoção da saúde e realizar atendimento integral, pois os currículos não contemplam um espaço para a atuação em equipe ainda na universidade (Santos e Cutolo, 2004).

Mesmo com os profissionais atuando em conjunto, ainda prevalece, muitas vezes, a separação interna dos saberes, em função da ênfase à especialização. O Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde reconhece isto como um limite para atuação profissional humanizada. O documento de instituição das diretrizes para a organização dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, emitido por este órgão afirma que a formação tradicional em saúde, pautada

na organização disciplinar e na especialização, direciona ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando à formação de profissionais que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com realidades complexas, como a dificuldade de adesão ao tratamento, a educação em saúde, o direito das pessoas à saúde e à informação ou a necessidade de ampliar a autonomia das pessoas, o empoderamento. Assim as faculdades formam profissionais com forte domínio sobre as tecnologias, mas com grande dificuldade em lidar com a subjetividade e a diversidade sócio- cultural das pessoas (Santos e Cutolo, 2004).

Para solucionar este problema é proposto que as ações educativas considerem o contexto social de onde estão inseridas, utilizem os recursos técnicos disponíveis, que busquem a articulação entre universidade e instituições de ensino e capacitação de recursos humanos. Que priorizem a formação em serviço e utilizem a educação à distância como método de aprendizagem. A formação profissional generalista demonstra-se mais apropriada à realidade das populações e favorece vínculos entre os diversos saberes na área da saúde (Santos e Cutolo, 2004).

Mudar a estrutura educacional é um processo lento, mas já existem iniciativas neste sentido como o programa Pró-Saúde¹ criado em 2005, por meio da Portaria Interministerial Nº 2.101, assinada pelos ministros dos Ministérios da Saúde e da Educação, que tem como premissas fundamentais a junção interdisciplinar e multiprofissional de experiências, contribuindo para a superação da fragmentação do conhecimento, através do investimento na formação de pessoal (Gattás, 2006). Este

¹ Para consulta veja: <http://www.prosaude.org>

programa contribui para romper a distância que separa os mundos acadêmicos e o da prestação real dos serviços de saúde.

Como afirma Araujo e Rocha (2007, p.457):

Assim, para uma nova estratégia, faz-se necessário um novo profissional. Se a formação dos profissionais não for transformada no aparelho formador, o modelo de atenção também não o será na realidade do dia-a-dia.

É importante ressaltar não só o papel das instituições de ensino, mas também dos profissionais, pois cabe a estes procurar o que está entre as bordas disciplinares, descobrir as interrelações entre as diversas disciplinas, pois ao contrário do que é proposto pela ciência disciplinar, não existe espaço vazio entre as fronteiras disciplinares. É papel do profissional buscar a redefinição constante de sua práxis e da instituição e a superação dos obstáculos, sejam de ordem material, cultural e/ou epistemológica (Fazenda, 1994; Alvarenga et al., 2005; Japiassu, 2006).

A instituição de saúde também tem importante papel para que existam relações interdisciplinares na promoção da saúde. Cabe a ela garantir condições mínimas para que as relações interdisciplinares aconteçam, como fornecer espaço físico apropriado, investir em recursos e nos profissionais, ter flexibilidade para que haja os encontros entre os colaboradores, criar rotina favorável à interação, dar autonomia disciplinar e ao profissional.

É preciso estar atento para que a interdisciplinaridade não se dê apenas no encontro entre disciplinas, mas também no encontro de pessoas com suas singularidades, é o encontro de subjetividades. Portanto, afinidade, comprometimento, capacidade de interação, traços de personalidade, identificação

com o tema de trabalho são fatores que influenciam o trabalho em equipe. O sucesso da interdisciplinaridade na promoção da saúde começa até mesmo do processo de seleção dos profissionais que irão compor a equipe.

Como apontam os resultados deste estudo, a construção de um conhecimento pautado em diferentes disciplinas não garante um conhecimento interdisciplinar, pois o emprego de um conteúdo interdisciplinar na promoção da saúde demonstrou estar relacionado, principalmente, à interação entre profissionais de diferentes áreas de conhecimento.

Alguns profissionais demonstraram dúvida se, de fato, as pessoas apreendem os conhecimentos e práticas de promoção da saúde que eles lhes passam. Isto leva a questionar se a dificuldade de se ter relações interdisciplinares na promoção da saúde, em realizar práticas e conhecimentos integrados, está associada à dificuldade dos profissionais em terem domínio quanto à abordagem do tema. Talvez, quando as pessoas interiorizarem de fato a abordagem da promoção da saúde, elas terão consciência de que esta é interdisciplinar, e assim, as relações interdisciplinares serão favorecidas.

Além disso, é preciso romper com o ideário de que a promoção da saúde não implica em riscos, é algo simples de ser feito, portanto, qualquer um pode fazer, conforme sinalizado por um dos entrevistados. Esta abordagem precisa ser vista com maior seriedade, com maior empenho, ser mais valorizada. Isso mudará o tipo de relação interprofissional estabelecida. Pois, os profissionais terão maior consciência de que promover saúde implica no desenvolvimento de práticas e conhecimentos integrados. Como salientam Araujo e Rocha (2007), ao discorrer sobre o PSF, é

necessário não somente incorporar novos conhecimentos, mas promover mudanças na cultura. É fundamental que os profissionais articulem uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe.

Em poucos momentos das entrevistas os profissionais trouxeram à discussão os usuários do serviço como fazendo parte do processo de trabalho em equipe interdisciplinar na promoção da saúde. Lembrando que esta abordagem ressalta a co-participação como um dos aspectos mais importantes, o usuário deve ser considerado no trabalho em equipe. Entretanto, apenas um profissional citou o papel do cliente na equipe, colocou-o como parte desta e ressaltou a importância dele aceitar a abordagem da promoção da saúde.

Japiassu (1976) ao discorrer sobre a metodologia interdisciplinar aborda apenas os cientistas, os profissionais envolvidos no trabalho em equipe, até mesmo porque sua discussão é principalmente focada na pesquisa e sob uma visão epistemológica, porém, ao deslocar a metodologia interdisciplinar para o campo das práticas de promoção da saúde, no processo de trabalho, além da equipe, não se pode esquecer de incluir o usuário.

Ao falar em objetivo comum deve-se sempre avaliar se o objetivo estabelecido pela equipe é compreendido pelo usuário e se vem ao encontro das suas expectativas. Pois muitas das falências terapêuticas podem ser atribuídas à divergência de objetivos dos profissionais (serviços e equipes) e usuários, como, por exemplo, uma equipe cujo objetivo de sua prática é a mudança de comportamento alimentar enquanto o usuário deseja a perda de peso, não somente através de

reeducação alimentar, mas também através do uso de medicamentos e prescrição de dietas restritivas.

Ponto fundamental da metodologia interdisciplinar, a interação não deve ser somente entre os membros das equipes, mas também com o usuário. O ideal é que os clientes (ou alguns deles) possam participar de momentos de discussão com as equipes, possam expor suas expectativas, relações, conflitos, enfim, que possa haver essa troca, esse espaço de compartilhamento entre usuário/equipe/serviço, em um processo constante de reavaliação das práticas. Cabe aos profissionais ter a capacidade de escuta e acolhimento, em um processo democrático de comunicação.

A linguagem e a metodologia devem ser inteligíveis não só para equipe, mas principalmente para o usuário. Se para os profissionais é difícil apropriar-se da linguagem e metodologia de outras áreas, para o usuário esta dificuldade é muito maior. Este deve ser um cuidado a ser tomado pelos colaboradores para que se façam compreendidos.

Outra questão importante de ser ressaltada como um ponto favorável quanto ao trabalho interdisciplinar é o fato de que, se o usuário estiver inserido em um trabalho integrado, com conhecimento integrado, com linguagem e metodologias comuns, evita-se equívocos, ele fica menos confuso por não estar sendo submetido a práticas e conhecimentos diversos e muitas vezes divergentes, o que dificulta a apreensão e, muitas vezes, até mesmo a adesão às propostas terapêuticas.

Outro ponto contemplado na metodologia interdisciplinar muito importante de ser considerado na relação com o usuário é a hierarquia. A relação

usuário/profissional, equipe/serviço deve ser horizontal, jamais impositiva e verticalizada. Os profissionais devem ter a consciência de que não são os detentores do poder, do conhecimento, e que o saber popular é tão importante quanto o saber científico. Para se promover saúde, primeiramente deve-se promover o empoderamento e a autonomia decisória e isso só é possível em relações horizontais.

É importante ainda que o usuário conheça os papéis e responsabilidades dentro da equipe para que ele saiba a quem recorrer quando necessário. Além de estar ciente quanto ao seu próprio papel e responsabilidade, que deve ser ativo dentro da equipe. Como aponta Silva et al. (2002, p.116): “Nem os profissionais podem ser reduzidos às suas competências técnicas e nem os usuários a passivos objetos de intervenção”.

Araujo e Rocha (2007, p.458) afirmam:

O ‘campo do cuidado’ e a interação abrem a possibilidade de cada um usar todo o seu potencial criativo e criador na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado.

O sucesso da atuação interdisciplinar em promoção da saúde depende da aceitação não só dos profissionais quanto a esta abordagem, mas também, e principalmente, pelos usuários dos serviços de saúde. As mudanças devem envolver não só a formação profissional, mas toda a população, para que esta compreenda que tão importante quanto as práticas curativas é a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Esta abordagem é nova para a grande maioria das pessoas e, por isto, muitas vezes, não é bem aceita, portanto, envolvendo-se os usuários nas equipes,

criando-se multiplicadores, tem-se a possibilidade de fortalecer ainda mais a promoção da saúde.

Por fim, ao realizar esta reflexão sobre a interdisciplinaridade nas práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, espera-se contribuir em uma das principais áreas de atuação da promoção da saúde, a reestruturação dos serviços de saúde, ao apontar que o trabalho em equipe constituída por profissionais de diferentes especialidades, com base nos princípios da interdisciplinaridade, é uma estratégia fundamental para que de fato existam práticas efetivas em promoção da saúde, comprometidas com os interesses e condições concretas de vida da população.

Quanto à metodologia interdisciplinar, apesar dela ter sido proposta ainda na década de 1970, quando os estudos sobre a interdisciplinaridade, bem como da promoção da saúde, ainda eram incipientes, ela se mostra atual e colabora até mesmo para avaliação das práticas e como um roteiro a ser seguido no sentido de contribuir para existência de relações interdisciplinares nas práticas de promoção da saúde.

*Conclusões são chaves que fecham. Cada
conclusão faz parar o pensamento.
Palavras não conclusivas deixam abertas
as portas das gaiolas para que os pássaros
voem de novo. Cada palavra deve ter
reticências para o pensamento continuar
seu voo...*

(Rubem Alves)

7. CONCLUSÕES

Com base nos itens propostos por Japiassu (1976), expressos na Tabela 2, pode-se dizer que no caso do CPS-HCFMUSP encontraram-se profissionais e atividades: com mesmos objetivos de trabalho, porém com pequena interação entre si, sem método e linguagem de fato comuns, com trabalho parcialmente integrado, mas com conhecimento unificado e com diferentes níveis de hierarquia horizontal. No conjunto, esta situação pode representar um momento de transição da pluridisciplinaridade para a interdisciplinaridade.

Os principais obstáculos gerais à interdisciplinaridade, identificados neste estudo, e que merecem reflexão da parte de todos que vislumbrem trabalhar interdisciplinarmente na área da saúde, foram: 1) as características da instituição onde se desenvolvem os trabalhos, que se dedica, fundamental e prioritariamente, a práticas curativas em detrimento das preventivas e de promoção da saúde; 2) o tipo de vinculação da mão-de-obra com o serviço, principalmente voluntária, gerando alta rotatividade e baixo comprometimento dos profissionais; 3) a formação dos diferentes profissionais da saúde que ainda valoriza a fragmentação do conhecimento e a especialização excessiva; 4) a necessidade de uma mudança paradigmática, com um novo olhar sobre a relação saúde-doença, o que dificulta a compreensão e execução do projeto de trabalho interdisciplinar nas práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Os principais facilitadores: 1) postura profissional favorável a

interdisciplinaridade; 2) emprego da metodologia interdisciplinar; 3) a valorização e compreensão da promoção da saúde e da interdisciplinaridade pelos profissionais, instituições e usuários.

*As escolas, da educação infantil às
universidades, dedicam-se a somar
conhecimentos. Não há nelas lugar para o
cultivo da sabedoria. Sabedoria não cai no
vestibular.*

(Rubem Alves)

8. ANEXOS

Anexo 1

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Atividade observada:

Data:

1- Composição da equipe de trabalho:

2- Atividades realizadas:

3- Local:

4- Duração:

5- Existência de um objetivo em comum: () sim () não

6- Linguagem em comum: () sim () não

7- Emprego de conceitos-chave: () sim () não

8- Observação em relação ao domínio dos profissionais em relação aos conceitos e metodologias empregados:

9- Observação em relação à troca de informação entre os profissionais:

10- Observação em relação à comunicação e diálogo entre a equipe:

11- Observação em relação á coordenação das atividades e da equipe:

12- Observação em relação à divisão de tarefas e responsabilidades:

13- Observação em relação ao compartilhamento de dados e decisões:

14- Observação em relação à integração da equipe:

15- Existência de modificações recíprocas entre as disciplina: () sim () não

16- Observação em relação à abertura dos profissionais aos outros enfoques:

17- O Programa de trabalho favorece trocas e comunicação: () sim () não

Anexo 2**ROTEIRO DA ENTREVISTA**

Data da Entrevista:

Entrevistador:

Local:

Duração:

PERFIL PROFISSIONAL:

1.Nome:

2.Idade:

3.Profissão:

4.Universidade que cursou a graduação:

5.Ano de conclusão da graduação:

6.Pós-graduação:

7.Universidade que cursou a pós-graduação:

8.Ano de conclusão da pós-graduação:

9.Cursos complementares/Instituições/ano de conclusão:

10. Atividades profissionais:

RELAÇÃO DO ENTREVISTADO COM O CPS:

11. Quais atividades você realiza no CPS?

12. Você tem vínculo empregatício com o CPS? () SIM () NÃO

13. Desde quando você está no CPS?

14. Como você tomou conhecimento do CPS?

15. O que te trouxe ao CPS?

16. Qual o seu objetivo no CPS?

QUESTÕES RELATIVAS À PROMOÇÃO DA SAÚDE E AO CPS:

17. O que é Promoção da Saúde para você?

18. Como você adquiriu os conhecimentos em Promoção da Saúde?

19. Como você define o CPS?

20. Qual é o objetivo do CPS?

21.Você já leu a apostila “Roteiro de Procedimentos Básicos” do CPS?

() SIM () NÃO

22.Quais as atividades realizadas no CPS e quais profissionais realizam estas atividades?

22.1. Sempre existiram estas atividades e sempre forma realizadas por estes profissionais?

QUESTÕES REFERENTES À RELAÇÃO DO ENTREVISTADO COM O FUNCIONAMENTO GERAL DO CPS:

23.Com quais profissionais que atuam no CPS você tem contato?

24.Existe um espaço de discussão onde os profissionais que atuam no CPS podem se encontrar?

24.1. Sempre existiu este espaço?

25.Onde e quando é possível este contato?

26.Você participa deste espaço?

27. Antes do início das atividades realizadas (grupos de apoio, atendimentos, palestras) existe um acordo prévio em relação à conceitos a serem utilizados, a metodologia que será empregada, a teoria que será utilizada como base, ao objetivo do trabalho?

28. Como que é estabelecida a divisão de tarefas e responsabilidades entre os profissionais e as equipes de intervenção (grupos de apoio, palestras, atendimentos)?

29. Existem hierarquias dentro do CPS?

29.1. Se existem, como estas são estabelecidas, a hierarquia é por profissão ou entre as pessoas independente da profissão?

30. Como se dá a troca de informação entre você e os outros profissionais do CPS?

31. Como você definiria a sua relação com os demais profissionais? Você classificaria como sendo multi, pluri ou interdisciplinar?

32. Quais suas principais dificuldades em relação ao trabalho no CPS, tendo com ponto de vista o funcionamento geral do CPS?

**QUESTÕES REFERENTES À RELAÇÃO DO ENTREVISTADO COM OS
PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM SUA EQUIPE DE TRABALHO:**

33.A sua equipe de trabalho no CPS é composta por quais profissionais?

34.Qual o objetivo do trabalho de vocês?

35.Qual o papel de cada um dentro da equipe?

36.Como que é estabelecida a divisão de tarefas e responsabilidades dentro da equipe?

37.Existem hierarquias dentro da equipe?

37.1 Se existem, como estas são estabelecidas, a hierarquia é por profissão ou entre as pessoas independente da profissão?

38.Antes do início da prática há o estabelecimento de um espaço de discussão onde cada profissional pode expor seu ponto de vista, discutir sobre os limites e contribuições da sua disciplina frente ao projeto?

39.Existe um acordo prévio em relação à conceitos, metodologia e objetivos?

40.Você consegue compreender de forma inteligível a linguagem e os métodos empregados pelo seu colega?

41.A problemática a ser trabalhada foi estabelecida a partir da contribuição de todos os membros da equipe?

42.Existe um espaço de discussão em relação à dados coletados, para levantamento das convergências e divergências e definição da orientação e decisão a ser tomada?

43.Quando e onde vocês se encontram para fazer esta discussão?

44.Você acha que o trabalho em equipe acaba implicando em modificações de uma disciplina na outra, contribuindo para a construção de um conhecimento maior, mais amplo?

45.Você tem o interesse em estudar, conhecer a disciplina dos seus colegas?

46.Você definiria o trabalho dentro da sua equipe como sendo multi, pluri ou interdisciplinar?

47.Quais suas principais dificuldades em relação ao trabalho na sua equipe?

**PERCEPÇÕES DO ENTREVISTADO EM RELAÇÃO À
INTERDISCIPLINARIDADE NO CPS:**

48.O que você entende por interdisciplinaridade?

49.Segundo sua opinião, quais os passos necessários para o estabelecimento de um trabalho interdisciplinar no CPS?

50.Quais os obstáculos ao estabelecimento de um trabalho interdisciplinar no CPS?

Anexo 3

APROVAÇÃO

RECEBIDO SPG

ASS: 10/10/06

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 13.09.06, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **804/06**, intitulado: "Relações disciplinares em um centro universitário de promoção da saúde" apresentado pela Área de **FISIOPATOLOGIA EXPERIMENTAL**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX. 2, letra "c")

Pesquisador(a) Responsável: **Dr(a): Mário Ferreira Junior**

Pesquisador(a) Executante: **Sr(a): Lígia Eremita Guedes**

Encaminhe-se à CPG-FMUSP
para as devidas providências.
S.P., 22/09/06

CAPPesq, 13 de Setembro de 2006.

Stolcu
Prof.ª Dra. Elia Garcia Caldini
Vice Coordenadora do Programa de
Pós-Graduação em Ciências
Fisiopatologia Experimental

Euclides Ayres de Castilho
PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAIXA POSTAL, 8091 – SÃO PAULO - BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

1.Nome:

Documento de identidade nº :

Sexo : M ☐ F ☐

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço:

Nº

Apto:

Bairro:

Cidade:

Cep:

Telefone: DDD ()

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. Título do protocolo de pesquisa : Relações Disciplinares em um Centro Universitário de Promoção da Saúde

2. Pesquisador: Lígia Emerita Guedes

Cargo/função: Psicóloga

Inscrição Conselho Regional De Psicologia Nº 22980

Unidade do HCFMUSP: Ambulatório Geral e Didático

3. Avaliação do risco da pesquisa:

SEM RISCO ☐ RISCO MÍNIMO ☒ RISCO MÉDIO ☐ RISCO BAIXO ☐

RISCO MAIOR ☐ (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4.duração da pesquisa : de setembro de 2006 a junho de 2009

**III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE
LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:**

1. Justificativa e os objetivos da pesquisa:

O trabalho realizado por diferentes profissionais reunidos em equipe é apontado como uma das melhores alternativas para a Promoção da Saúde, compreendendo que os enfoques mais abrangentes são os mais eficientes para o desenvolvimento desta. A interdisciplinaridade é apontada como um instrumento consolidador da Promoção da Saúde. Discutir as relações disciplinares, levantar os obstáculos e facilitadores ao trabalho interdisciplinar no Centro de Promoção da Saúde (CPS) que integra o Ambulatório Geral e Didático (AGD) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) é o objetivo do presente estudo. Acreditando que esta discussão possa favorecer o trabalho em equipe neste ambulatório e que as melhorias nestas relações poderão se estender ao serviço prestado a comunidade, às pesquisas e ao ensino.

2. Procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais:

Para atingir o objetivo proposto neste estudo, venho pedir a sua autorização para incluí-lo no grupo de estudo. Você foi escolhido para fazer parte desta pesquisa devido ao fato de você ser ou ter sido um colaborador no CPS. Caso você aceite o convite você passará por uma entrevista na qual faremos questões relativas ao seu trabalho no CPS e as relações que você estabelece neste ambulatório. Suas informações serão registradas e gravadas, para que o maior número de dados possam ser registrados, posteriormente transcritas, lidas e analisadas, sem nenhuma forma de identificação de sua pessoa.

3. Desconfortos e riscos esperados:

Esta pesquisa apresenta o mínimo de riscos e desconforto físico ou moral a você, uma vez que me comprometo em guardar o mais absoluto sigilo em relação às informações fornecidas por você. Além disso, este estudo não utiliza de métodos inovadores (não consagrados na literatura) ou mesmo de qualquer fármaco.

4. Benefícios que poderão ser obtidos:

Os resultados obtidos nesta pesquisa poderão contribuir para a melhoria das relações entre as pessoas que colaboram no CPS, melhorias que poderão se estender ao serviço prestado a comunidade, às pesquisas e ao ensino realizados neste ambulatório.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas:

Você poderá ter acesso, a qualquer momento, às informações sobre riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive sanar quaisquer dúvidas.

2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência:

Você tem total liberdade de participar ou não da pesquisa e a qualquer tempo, durante a realização desta, você poderá retirar o seu consentimento, não sofrendo nenhum prejuízo.

3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade:

Sua identidade não será revelada nem mesmo na etapa de conclusão da pesquisa, garantindo sua privacidade e confidencialidade quanto às informações fornecidas por você. Todos os resultados relativos ao estudo serão guardados e mantidos em local seguro.

4. Disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa:

Caso haja eventuais danos a saúde decorrentes da pesquisa, haverá a disponibilidade de assistência no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

5. Viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa:

Em qualquer caso de dano a sua saúde devido a pesquisa você será indenizado.

**V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO
ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS
CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.**

A qualquer tempo (antes e durante a pesquisa), se você julgar necessário, entre em contato com:

Lígia Emerita Guedes

Tel: 11 6291 1715 / 11 8128 7334

e-mail: ligia.guedes@bol.com.br

Endereço: Avenida Carlos de Campos, 536, Pari. São Paulo – SP. Cep: 03028 001

VI - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, _____ de _____ de 200____ .

assinatura do sujeito da pesquisa

assinatura do pesquisador

*A exuberância do conhecimento científico
vai, frequentemente, lado a lado com uma
total penúria de sabedoria.*

(Rubem Alves)

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. *Saúde e Soc.* (São Paulo). 2005; 14(3): 30-50.

Alvarenga AT, Sommerman A, Alvarez MAS. Congressos Internacionais Sobre Transdisciplinaridade: reflexões sobre emergências e convergências de idéias e ideais na direção de uma nova ciência moderna. *Saúde e Soc.* (São Paulo). 2005; 14(3): 9-29.

Araujo MBSA, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007; 12(2): 455-64.

Arruda A, Tura LFR. Caminhos da interdisciplinaridade na saúde coletiva: trabalhando com as representações sociais. *Cad. Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro). 2002; 10(2): 109-10.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

Bernardino MTSM, Conversani DTN, Bógus CM, Feliciano AB. Consensos e divergências: a capacitação profissional das equipes de saúde da família no município de São Carlos (SP). *Trab. Educ. Saúde*. 2005; 3(1): 75-89.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto da Saúde. As *Cartas da Promoção da Saúde* [online]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [citado

ago 2005]. Disponível em:

http://dtr2001.saúde.gov.Br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro). 2000 [citado nov 2008]; 5(1): 163-77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=en&nrm=iso.

Camelo SHH. *Riscos psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das Equipes de Saúde da Família e estratégias de gerenciamento* [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.

Etges NJ. Ciência, interdisciplinaridade e educação. In: Jantsch AP, Bianchetti L, organizadores. *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. 8a ed. Petrópolis: Vozes; 2008. p.51-84.

Fazenda ICA. *Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa*. Campinas: Papirus; 1994.

Figueiredo JS. *Desafios e Perspectivas em atividades educativas de promoção da saúde de um grupo de portadores de hipertensão arterial, sob o paradigma da interdisciplinaridade* [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.

Flick U. *Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa*. 2a ed. Porto Alegre: Bookman; 2004.

Follari R. Algumas considerações práticas sobre interdisciplinaridade. In: Jantsch AP, Bianchetti L, organizadores. *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. 8a ed. Petrópolis: Vozes; 2008. p.97-110.

Franco TB, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* (Rio de Janeiro). 1999; 15(2): 345-53.

Frigotto GA. Interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. In: Jantsch AP, Bianchetti L, organizadores. *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. 8a ed. Petrópolis: Vozes; 2008. p.25-49.

Gattás MLB. *Interdisciplinaridade em cursos de graduação na área de saúde da Universidade de Uberaba – Uniube* [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

Jantsch AP, Bianchetti L. Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito. In: Jantsch AP, Bianchetti L, organizadores. *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. 8a ed. Petrópolis: Vozes; 2008. p.11-24.

Japiassu H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA; 1976.

Japiassu H. *O sonho transdisciplinar e as razões da filosofia*. Rio de Janeiro: Imago; 2006.

Labonte R. *Health promotion and empowerment: practice frameworks*. Toronto: Center for Health Promotion/University of Toronto; 1996.

Lane TMS, Codo W, organizadores. *Psicologia Social: O homem em movimento*. São Paulo; 1984.

Ludke M, André MADA. *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda; 1986.

Mendonça LGT. *Promoção da Saúde: análise do processo de um grupo de reeducação alimentar em um hospital universitário* [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2005.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 1993.

Minayo MCS. Interdisciplinaridade: Funcionalidade ou utopia?. *Saúde Soc.* 1994; 3(2): 42-64.

Nunes ED. Interdisciplinaridade: conjugar saberes. *Saúde Debate* (Rio de Janeiro). 2002; 26(65): 249-58.

Oliveira AAP. *Concepções de estudantes de enfermagem sobre crianças de/na rua* [Relatório de Pesquisa de Iniciação Científica]. São Paulo: Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Oliveira AAP. *Análise documental dos processos de capacitação dos multiplicadores do projeto “Nossas Crianças: janelas de oportunidades” no município de São Paulo, à luz da promoção da saúde* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Paim J, Almeida Filho N. Uma "nova saúde pública" ou campo aberto para novos paradigmas?. *Rev. Saúde Pública*. 1998; 32(4): 299-316.

Peduzzi M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação* [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Peduzzi M. Equipe Multiprofissional de Saúde: Conceito e Tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001 [citado jul 2005]; 35(1): 103-9. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/fsp>.

Porto MFS, Almeida GES. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. *Ciênc. Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro). 2002; 7(2): 335-47.

Raynault C. Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. Algumas idéias simples a partir de experiências africanas e brasileiras. *Rev. Bras. Epidemiol.* (São Paulo). 2002; 5 (supl 1): 43-55.

Rocha DG, Marcelo VC, Pereira IMTB. Escola promotora da saúde: uma construção interdisciplinar e intersetorial. *Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.* (São Paulo). 2002; 12(1): 57-63.

Santos MAM, Cutolo LRA. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. *Arquivos Catarinenses de Medicina* (Santa Catarina). 2004; 3(3): 31-40.

Severino AJ. O Uno e o Múltiplo: o sentido antropológico do interdisciplinar. In: Jantsch AP, Bianchetti L, organizadores. *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. 8a ed. Petrópolis: Vozes; 2008. p.159-75.

Silva NEK, Oliveira LA, Figueiredo WS, Landroni MAS, Waldman CCS, Ayres JRCM. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. *Rev Saúde Pública* (São Paulo). 2002; 36 (Supl 4): 108-16.

Silva LM, Santos MA. Construindo Pontes: relato de experiência de uma equipe multidisciplinar em transtornos alimentares. *Medicina* (Ribeirão Preto). 2006; 39(3): 415-24.

Silva JPL, Tavares CMM. Educação permanente de profissionais de saúde mental: competências para o trabalho interdisciplinar. *Saúde Debate* (Rio de Janeiro). 2003; 27(65): 290-301.

Spink MJP. Saúde: um campo transdisciplinar? In: Spink MJP. *Psicologia Social e Saúde; práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes; 2003. p.51-60.

Vasconcelos EM. *Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa*. Petrópolis: Vozes; 2002.

Víctora CG, Knauth DR, Hassen MNA, organizadores. *Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.

Vilela EM, MENDES, IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* (Ribeirão Preto). 2003 [citado jul 2005]; 11(4): 525-31.

Disponível em: <http://www.icml9.org/?lang=pt>.

*Os pensamentos que não caminham ficam
doentes, à semelhança do corpo que não
caminha.*

(Rubem Alves)

10. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Akerman M, Mendes R, Bogus CM, Westphal MF, Bichir A, Pedroso ML. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. *Rev. Saúde Pública*. 2002; 36(5): 638-46.

Amem BMV, Nunes LC. Tecnologias de informação e comunicação: contribuições para o processo interdisciplinar no ensino superior. *Rev. Bras. Educ. Méd.* (Rio de janeiro). 2006; 30(3): 171-80.

Amorim DS, Gattás MLB. Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde. *Medicina* (Ribeirão Preto). 2007; 40(1): 82-4.

Batista SHS. A interdisciplinaridade no ensino médico. *Rev. Bras. Educ. Méd.* (Rio de Janeiro). 2006; 30(3): 39-46.

Buchabqui JA, Capp E, Petuco DRS. Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizado em Saúde. *Rev. Bras. Educ. Méd.* (Rio de janeiro). 2006; 30(1): 32-8.

Camargo-Borges C, Cardoso CL. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. *Psicol. Soc.* 2005; 17(2): 26-32.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matriarcal e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. de Saúde Pública* (Rio de Janeiro). 2007; 23(2): 399-407.

Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev. Saúde Pública*. 1997; 31(2): 209-13.

Cardoso CL. Relações interpessoais na equipe do programa da saúde da família. *Rev. Atenção Primária à Saúde*. 2004 [citado jan 2009]; 7(1). Disponível em: <http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v7n1/Relacoes.pdf>.

Cardoso JP, Vilela ABA, Vasconcelos CCO, Caricchio GMN. Formação interdisciplinar: efetivando propostas de promoção da saúde no SUS. *RBPS*. 2007; 20(4): 252-8.

Centro de Promoção da Saúde do Serviço de Clínica Médica Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Roteiro de procedimentos básicos* [apostila]. São Paulo; 2004.

Etges NJ. Produção do conhecimento e interdisciplinaridade. *Educação e realidade*. 1993; 18(2): 73-82.

Gattás MLB, Furegato ARF. Interdisciplinaridade: uma contextualização. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(3): 323-7.

Gatto C. Perspectiva interdisciplinar e atenção em saúde coletiva. *Cad. Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro). 2001; 9(2): 127-37.

Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 2005. 9(17): 287-301.

Headrick LA, Wilcock P, Batalden PB. Interprofessional working and continuing medical education. *BMJ.* 1998; 316: 771-4.

Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelly M. Promoção à Saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto – Enferm.* (Florianópolis). 2006; 15(2): 352-8.

Iriart JAB. *Concepções e representações da saúde e da doença: contribuições da antropologia da saúde para a saúde coletiva* [texto didático]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

Iribarry IN. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicol. Reflex. Crít.* 2003; 16(3): 483-90.

Machado MFAS, Monteiro EMALM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2007; 12(2): 335-42.

Mazon L, Trevizan MA. Fecundando o processo da interdisciplinaridade na iniciação científica. *Rev. Latino-am Enfermagem.* 2001; 9(4): 83-7.

Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev. Saúde Pública.* 2006; 40(4): 727-33.

Orrico EGDO. Caleidoscópio info-interdisciplinar: discurso no entremeio. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007; 12(3): 573-6.

Otenio CCM, Nakama L, Lefreve AMC, Lefreve F. Trabalho multiprofissional: representações em um serviço público de saúde municipal. *Saúde e Soc.* (São Paulo). 2008; 17(4): 135-50.

Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipe do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*. 2001; 35(3): 303-11.

Rocha AARM, Trad LAB. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 2005; 9(17): 303-16.

Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2005; 13(6): 1027-34.

Santos A. Complexidade e transdisciplinaridade em educação: cinco princípios para resgatar o perdido. *Rev. Bras. Educ*. 2008; 13(37): 71-83.

Santos LM, Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção da saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40(2): 346-52.

Santos ZMSA. Atendimento multiprofissional e interdisciplinar à clientela hipertensa. *RBPS*. 2004; 17(2): 86-91.

Saupe R, Budo MLD. Pedagogia Interdisciplinar: “Educare” (Educação e Cuidado) como objeto fronteiriço em saúde. *Texto Contexto – Enferm.* (Florianópolis). 2006; 15(2): 326-33.

Silva CC, Silva ATMC, Lonsing A. A integração e articulação entre as ações de saúde e de educação no Programa de Saúde da Família – PSF. *Rev. Eletr. Enf.* [online]. 2006 [citado dez 2007]; 8(1): 70-74. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_09.htm.

Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface- Comunic, Saúde, Educ.* set. 2004/fev.2005; 9(16): 25-38.

Souza AS. A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. *Rev. de Atenção Primária à Saúde – NATES/UFJF* (Juiz de Fora). 1999, 2(2): 10-4.

Souza OMMC. Intervenções e pressupostos teóricos de um programa multidisciplinar: o ambulatório de climatério e menopausa do HUCAM. *Cad. Saúde Coletiva.* 2001; 9(2): 155-79.

Teixeira MCB. A dimensão cuidadora do trabalho em equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2006; 11(1): 45-51.

Yonamine RK. *Complexidade e diversidade de saberes na transformação organizacional: a percepção de profissionais diretamente envolvidos com projetos bem sucedidos* [dissertação]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2006.