

**RODRIGO ALMEIDA DIAS DA SILVA**

Informação, Gerontologia e Interdisciplinaridade em questão:  
estudo de caso.

**Dissertação de mestrado**  
**Abril de 2014**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ  
ESCOLA DE COMUNICAÇÃO - ECO  
INSTITUTO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA - IBICT  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO - PPGCI

**RODRIGO ALMEIDA DIAS DA SILVA**

INFORMAÇÃO, GERONTOLOGIA E INTERDISCIPLINARIDADE EM QUESTÃO:  
ESTUDO DE CASO

RIO DE JANEIRO

2014

Rodrigo Almeida Dias da Silva

INFORMAÇÃO, GERONTOLOGIA E INTERDISCIPLINARIDADE EM QUESTÃO:  
ESTUDO DE CASO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, convênio entre o Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia e a Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Comunicação, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciência da Informação.

Orientador: Jorge Calmon de Almeida Biolchini

Rio de Janeiro

2014

S586f

Silva, Rodrigo Almeida Dias da.

Informação, Gerontologia e Interdisciplinaridade em questão: estudo de caso /  
Rodrigo Almeida Dias da Silva – Rio de Janeiro, 2014.  
162 f. : il, 30cm.

Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Programa de Pós-  
Graduação em Ciência da Informação. Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e  
Tecnologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Comunicação.

Orientador: Jorge Calmon de Almeida Biolchini

1. Comportamento informacional. 2. Abordagem interdisciplinar do  
conhecimento. 3. Interação social. 4. Grupos de trabalho. 5. Ciência da Informação. I.  
Biolchini, Jorge Calmon de Almeida (Orient.). II. Universidade Federal do Rio de  
Janeiro. Escola de Comunicação. Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e  
Tecnologia III. Título.

CDU - 020

Rodrigo Almeida Dias da Silva

INFORMAÇÃO, GERONTOLOGIA E INTERDISCIPLINARIDADE EM QUESTÃO:  
ESTUDO DE CASO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, convênio entre o Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia e a Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Comunicação, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciência da Informação.

Aprovada em

---

Prof. Dr. Jorge Calmon de Almeida Biolchini (Orientador)  
(PPGCI/IBICT – ECO/UFRJ)

---

Prof. Dr. Andre Faria Pereira Neto (FIOCRUZ/ICICT)

---

Profa. Dra. Rose Marie Santini (PPGCI/IBICT – ECO/UFRJ)

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço Deus, que sempre esteve presente em minha vida, em todos os momentos difíceis, me orientando, me protegendo, me guiando em todas as decisões, me ajudando a suportar todas as dificuldades que apareceram na trajetória.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Jorge Biolchini, pelos valiosos ensinamentos, e precisas orientações dadas à minha pesquisa, e pela confiança na realização do trabalho.

Agradeço ao Prof. Dr. André Pereira, por ter aceitado ao convite para banca de defesa de dissertação.

Agradeço à Profa. Dra. Rose Marie Santini, por ter aceitado o convite para as bancas de qualificação e defesa, e todas as sugestões que contribuíram para a construção de todo trabalho.

Agradeço a direção da Casa Gerontológica Brigadeiro Eduardo Gomes por ter permitido a realização da pesquisa, especialmente a chefia da Divisão Técnica, Major Claudio, que esteve sempre solícito as indagações feitas e necessidades que surgiram durante a pesquisa.

Agradeço todo o apoio e acolhimento a equipe administrativa da Divisão Técnica, em especial a Sargento Gisele por toda sua colaboração no atendimento a inúmeros solicitações.

Agradeço a todos os profissionais da Equipe “Alfa” que colaboraram na pesquisa. Muito obrigado pelo apoio e acolhimento, e uma experiência de convívio que contribuiu para o enriquecimento não só acadêmico, mas pessoal, já sinto saudades das reuniões. Agradeço também a Tenente Ana Karla que desde primeira visita ao CGABEG, demonstrou ser grande incentivadora do trabalho, e me orientou nos procedimentos necessários para elaboração e aprovação da pesquisa junto ao comitê de ética.

Agradeço a todos os meus amigos de turma, os quais dividi dificuldades, sonhos, lutas, e momentos de aflição e alívio, durante estes dois anos. Agradeço em especial às amigas criadas, Ana Cristina, Fabiane, Leandra, Jean, Sol que tenho certeza irão permanecer por toda vida, mesmo com a distância e a correria do dia a dia. Um agradecimento em especial a Sol, muito obrigado por toda paciência com as inúmeras dúvidas, pelos conselhos e colaborações em diversos trabalhos e nossas enriquecedoras conversas, foram “capítulos e mais capítulos”.

Agradeço aos amigos do “SIMI”, foi muito bom trabalhar com todos vocês, Caran, Alexandre, Leila, obrigado pelo convívio. E também a Vanessa que me ajudou na pesquisa, me recebendo todos os dias na biblioteca do HU/UFRJ com alegria, e paciência com todas as

minhas dúvidas.

Agradeço aos meus amigos Fabio, Bicalho e Brenda, e minha cunhada Thalyta, muito obrigado pelo incentivo irrestrito e apoio em diversos momentos de aflição.

Agradeço aos meus queridos pais, Penha e Jorge, pelos exemplos de vida, por estarem sempre do meu lado em todos os momentos, pelo amor e apoio de sempre, em todas as decisões da minha vida.

Agradeço os meus irmãos, Júnior e Alessandra, pelo amor, apoio, compreensão e carinho de sempre nos momentos bons e difíceis, principalmente nesta fase final do Mestrado.

Ao meu querido sobrinho Kauan Zion, pelo amor incondicional sempre demonstrado, compreensão e paciência pela minha ausência. E por tornar momentos simples do cotidiano em momentos de grande felicidade, obrigado por você existir.

## RESUMO

SILVA, Rodrigo Almeida Dias da. Informação, Gerontologia e Interdisciplinaridade em questão: estudo de caso. Orientador: Prof.Dr. Jorge Calmon de Almeida Biolchini. Rio de Janeiro, 2014, 162 fls. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Informação em Ciência, Programa de Pós Graduação em Ciência da Informação, Rio de Janeiro, 2014.

O presente estudo objetivou analisar o fluxo da informação no trabalho interdisciplinar em equipes de saúde. O trabalho em equipe se fundamenta na resposta às complexidades do cuidado em saúde, a partir de relações novas, mais compartilhadas, entre os profissionais do setor e a população. Para analisar os fluxos de informação no trabalho interdisciplinar em uma equipe multiprofissional de saúde, utilizou-se da definição de conceitos relativos à evolução do trabalho na saúde; e a interdisciplinaridade e suas implicações com a área da saúde. Foram apresentados também, definições sobre a realização do trabalho em equipe; e as interações e relações pessoais entre seus membros, além das definições de informação, fluxo da informação e suas coligações com a comunicação, relacionando-as com teorias de conversações. Desenvolveu-se um estudo de caso considerando como unidade de análise uma equipe multiprofissional da Casa Gerontológica Brigadeiro Eduardo Gomes. A pesquisa empírica foi realizada através da observação não participante em doze reuniões de equipe, bem como a aplicação de nove questionários. Utilizou-se para análise do material empírico a análise do discurso e análises estatísticas descritivas; e a análise de correlação de Spearman. Os resultados indicam que a equipe de saúde investigada possui características mais próximas de um trabalho interdisciplinar na prática clínica. As articulações das ações e a comunicação são utilizadas como um meio de integração social, que promovem fluxos de informações no intuito de contribuir para a melhoria do cuidado em saúde. No entanto, foram constatadas algumas incongruências, relacionadas ao registro e acesso das informações das reuniões que influenciam diretamente na tomada de decisão. Sugeriu-se, como alternativa de solução, o emprego de sistemas informatizados que permitam o melhor aproveitamento das reuniões e do conhecimento dos profissionais; e a promoção do diálogo, no intuito de promover aumento das interações e ações conjuntas para resolução dos casos. Estas ações se apresentam como alternativa para a construção de novas práticas de saúde, de modo que a lógica que oriente o trabalho em saúde considere a integralidade, a democratização das relações de trabalho e a ação comunicativa.

Palavras chaves: Comportamento Informacional. Abordagem Interdisciplinar do conhecimento. Interação social. Grupos de Trabalho.

## **ABSTRACT**

SILVA, Rodrigo Almeida Dias da. Informação, Gerontologia e Interdisciplinaridade em questão: estudo de caso. Orientador: Prof.Dr. Jorge Calmon de Almeida Biolchini. Rio de Janeiro, 2014, 162 fls. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Informação em Ciência, Programa de Pós Graduação em Ciência da Informação, Rio de Janeiro, 2014.

The present study aimed to analyze the flow of information in interdisciplinary work in health care teams. Teamwork is based on the response to the complexities of health care, from, more shared among industry professionals and population. From analyze the flow of information in interdisciplinary work in a multidisciplinary team of health new relationships, we used if the definition of concepts relating to the evolution of work on health, and interdisciplinarity and its implications to health. Settings on the achievement of teamwork were also presented, and the interactions and personal relationships among its members, in addition to the definitions of information, flow of information and their alliances with communication, relating them to theories of talks. Developed a case study as the unit of analysis considering a multidisciplinary team of Gerontological Home Brigadeiro Eduardo Gomes. Empirical research was carried out through non- participant observation in twelve team meetings , as well as applying nine questionnaires. Was used for analysis of the empirical material discourse analysis and descriptive statistical analysis, and the Spearman correlation analysis. The results indicate that the health team has investigated closest of interdisciplinary work in clinical practice characteristics. The joints of the actions and communication are used as a means of social integration, which promote information flows in order to contribute to the improvement of health care. However, some inconsistencies were found, related to the registration and access of information meetings, which directly influence decision-making. It was suggested as an alternative solution, the use of computerized systems that allow better use of meetings and knowledge of professionals, the promotion of dialogue in order to result in increased interactions and joint actions to solve cases. These actions are presented as an alternative to building new health practices, so that the logic that guides health work considers the completeness, the democratization of labor relations and communicative action.

Keyword: Informational behavior. Interdisciplinary approach to knowledge. Social interaction. Working Groups.

## **LISTA DE SIGLAS**

AD – Análise do Discurso.

APS – Atenção Primária em Saúde.

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa.

CGABEG – Casa Gerontológica de Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes.

CI – Ciência da Informação.

CNS – Conferência Nacional em Saúde.

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde.

DSS – Determinantes Sociais da Saúde.

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos.

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada em Evidência.

PSF – Programa Saúde da Família.

RSL – Revisão Sistemática de Literatura

SPT – Saúde Para Todos.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TIC – Tecnologias de Comunicação.

## **LISTA DE FIGURAS**

|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - O fluxo interno e os fluxos extremos da informação..... | 77 |
| Figura 2 - Etapas do fluxo da informação.....                      | 78 |
| Figura 3 - O processo de gerenciamento da informação.....          | 78 |
| Figura 4 - Modelo de representação do fluxo da informação.....     | 79 |

## LISTA DE QUADROS

|                                                                                                        |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 1 - Estratégia de busca nas bases de dados selecionadas e número de artigos identificados. .... | 100 |
| Quadro 2 – Teste de Relevância I .....                                                                 | 101 |
| Quadro 3 - Teste de relevância II.....                                                                 | 102 |
| Quadro 4 - Roteiro para extração de dados dos artigos incluídos na RSL.....                            | 102 |
| Quadro 5 – Equivalência entre os descritores BIREME e os termos usados. ....                           | 104 |
| Quadro 6 – Resultado consolidado da RSL.....                                                           | 109 |
| Quadro 7 – Resultado do Teste de Relevância I .....                                                    | 109 |
| Quadro 8 – Comparativo entre o Teste de Relevância I e II .....                                        | 110 |
| Quadro 9 – Estudos Pertinentes.....                                                                    | 110 |
| Quadro 10 – Resultado da extração de dados (quadro 4) dos estudos pertinentes .....                    | 111 |
| Quadro 11 – Caracterização da Equipe Alfa .....                                                        | 118 |
| Quadro 12 - Frequência de Assuntos nas reuniões .....                                                  | 122 |
| Quadro 13 - Comparativo entre a Participação nas reuniões e grau de interação entre as áreas.....      | 125 |
| Quadro 14 - Principais soluções acordadas nas reuniões .....                                           | 125 |

## **LISTA DE TABELAS**

|                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 1 – Resultado da pesquisa na base de dados BIREME.....   | 105 |
| Tabela 2 – Resultados da pesquisa na base de dados Pubmed. .... | 106 |
| Tabela 3 – Resultados da pesquisa na base de dados LISTA .....  | 108 |

## SUMÁRIO

|          |                                                                         |            |
|----------|-------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO .....</b>                                                 | <b>16</b>  |
| <b>2</b> | <b>OBJETIVOS .....</b>                                                  | <b>18</b>  |
| 2.1      | OBJETIVO GERAL .....                                                    | 18         |
| 2.2      | OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....                                             | 18         |
| <b>3</b> | <b>JUSTIFICATIVA.....</b>                                               | <b>18</b>  |
| <b>4</b> | <b>DAS ORIGENS DA MEDICINA À INTERDISCIPLINARIDADE.....</b>             | <b>21</b>  |
| 4.1      | INTERDISCIPLINARIDADE .....                                             | 37         |
| 4.2      | INTERDISCIPLINARIDADE E GERONTOLOGIA .....                              | 43         |
| <b>5</b> | <b>DA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE AO TRABALHO EM EQUIPE.....</b>  | <b>48</b>  |
| 5.1      | TRABALHO EM EQUIPE.....                                                 | 53         |
| 5.2      | DINÂMICA E OBJETIVOS - EQUIPES.....                                     | 61         |
| 5.3      | HUMANIZAÇÃO .....                                                       | 66         |
| <b>6</b> | <b>INFORMAÇÃO, COMUNICAÇÃO, FLUXO DE INFORMAÇÃO .....</b>               | <b>70</b>  |
| 6.1      | O CONCEITO DE INFORMAÇÃO .....                                          | 70         |
| 6.2      | INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....                                                | 75         |
| 6.3      | FLUXO DE INFORMAÇÃO .....                                               | 76         |
| 6.4      | COMUNICAÇÃO E FLUXO .....                                               | 85         |
| <b>7</b> | <b>REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA .....</b>                          | <b>94</b>  |
| 7.1      | PROCESSO DE CONDUÇÃO DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA .....         | 98         |
| 7.2      | RESULTADOS DA SELEÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA..... | 104        |
| <b>8</b> | <b>ESTUDO EMPÍRICO DA EQUIPE DE SAÚDE.....</b>                          | <b>116</b> |
| 8.1      | CAMPO DE ESTUDO .....                                                   | 116        |
| 8.2      | POPULAÇÃO ALVO .....                                                    | 118        |
| 8.3      | COLETA DE DADOS .....                                                   | 118        |
| 8.4      | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....                                               | 120        |
| 8.5      | ANÁLISE DE DADOS .....                                                  | 120        |
| <b>9</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS .....</b>                        | <b>135</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                 | <b>141</b> |
|          | <b>APÊNDICE A - PROTOCOLO DE PESQUISA .....</b>                         | <b>153</b> |
|          | <b>APÊNDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE.....</b>         | <b>156</b> |

|                                                  |            |
|--------------------------------------------------|------------|
| <b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO .....</b> | <b>158</b> |
| <b>APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO .....</b>           | <b>159</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Vivemos em um mundo onde a palavra complexidade tem sido muito empregada para caracterizar o panorama da multiplicidade e inter-relação de dimensões e aspectos de seus problemas. Podemos destacar entre eles: o aumento das migrações populacionais, a acentuada diferença entre ricos e pobres, o fenômeno da globalização que, em conjunto com as novas tecnologias de comunicação (TICs), leva à difusão da produção cultural das grandes potências mundiais, provocando a erosão das especificidades culturais dos países menos desenvolvidos, os conflitos declarados entre as nações, etnias e comunidades religiosas, levando às configurações de um “mundo multirrisco” complexo e inseguro. Neste sentido atribui-se ao pensamento complexo o conceito de: “circular e perspectivista: aberto para várias possibilidades e encruzilhadas. O pensamento complexo é intersubjetivo: é o ser humano em intersubjetividade que produz conhecimento. E a própria objetividade, nessa perspectiva, passa pela subjetividade”. (MYNAYO, 2010, p.438)

Alguns autores como Fritjof Capra (1988) e Edgar Morin (2000) consideram que o mundo contemporâneo enfrenta vários desafios, frutos do pensamento fragmentado do racionalismo da era moderna. Acrescenta-se outra característica dos dias atuais, a proliferação do conhecimento, que se transforma rapidamente e se encontra dividido em áreas isoladas, fenômeno esse conhecido por “disciplinaridade”.

A complexidade do mundo e da cultura exigem análises mais integradas. Qualquer acontecimento humano apresenta diversas dimensões. Sendo assim, a compreensão de qualquer fenômeno social requer considerações sobre as informações relativas a todas essas dimensões. Essa tem sido a linha de argumentação com maior poder de convencimento em favor da interdisciplinaridade. Podemos também relacionar a interdisciplinaridade a uma questão de atitude.

Dentro do conceito de interdisciplinaridade também está presente sua relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante do problema do conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária para unitária do ser humano. (TORRES, 1998).

A esfera da saúde, por sua própria natureza múltipla, tem sido um dos campos de saber e prática dos mais influenciados em relação às questões da complexidade. Para que se alcance uma mudança na abordagem no campo da saúde, é preciso alterar o olhar centrado apenas no diagnóstico, tratamento das doenças, em uma assistência médica curativa e hospitalar, para uma visão ampla contemplando a família, comunidade, descrição de perfis, integralidade e intersetorialidade das ações, ou seja, um trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

No Brasil, esta mudança recebe um amparo legal, conforme Portaria MS/GM nº 2.488, de

21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica:

Anexo I - caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção **integral** que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e **participativas**, sob forma de trabalho em **equipe**, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a **dinamicidade** existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2011, grifo nosso).

As mudanças da visão individual para coletiva vêm ocorrendo de forma gradual, com a percepção da natureza multidimensional do ser humano, que envolve diversos aspectos, físicos, psicológicos e sociais, todos interdependentes. Esta passagem propiciou o encaminhamento na direção de uma abordagem voltada para práticas profissionais que pudessem engendrar ações mais abrangentes, capazes de aproximar a realidade com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção, que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Essa abordagem esta alinhada ao conceito de Promoção de Saúde, entendida aqui como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde. Onde está incluso a maior participação no só do indivíduo, mas sua família e outros grupos, ou seja, ações de cunho intersetorial que avançam em diversos campos como: educação, saneamento, habitação, renda, trabalho, alimentação, meio ambiente, lazer, acesso a bens e serviços essenciais, desemprego, estresse, pobreza, violência, isolamento social (BRASIL, 2009). Portanto, a promoção da saúde, juntamente com uma abordagem de cuidado interdisciplinar, apresenta-se como possíveis ferramentas conceituais no combate a doença em sua origem, sugerindo um caminho na melhoria da qualidade de vida.

Na área da saúde, podemos vislumbrar a presença do conceito da interdisciplinaridade na relação interprofissional do trabalho em equipe, quando existe a conexão de diversos saberes, visões, e experiências, com o mesmo objetivo, o cuidado em saúde. No núcleo desta ligação entre os saberes está a informação, que perpassa entre todas as etapas de interação entre os sujeitos, no debate de casos, na troca de conhecimento, no registro, pesquisa e disseminação de informações, ou seja, no fluxo da informação, inerente ao processo de construção de um trabalho em conjunto.

A partir deste cenário, apresentamos como proposta de pesquisa, a análise do fluxo de informações na relação interdisciplinar em equipes profissionais em saúde, em virtude da complexidade do trabalho em saúde, que arrola diversos contextos da vida; social, cognitivo, econômico, clínico. Logo, se fazem necessárias aproximações e interações de saberes, para obtenção de maior capacidade no enfrentamento da doença e promoção da saúde.

Para fundamentar os conceitos trabalhados será aprofundada a pesquisa sobre material

bibliográfico, no intuito de trazer conceitos sobre as relações de interação entre os agentes de saúde, a comunicação, o acesso à informação, o registro e fluxo das informações e produção de conhecimentos a partir do trabalho interdisciplinar.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar as características e fluxos de informação na esfera das relações interdisciplinares existentes na área da Saúde, em equipes multiprofissionais, objetivando ressaltar e descrever os processos informacionais relevantes na troca e produção do conhecimento.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar na literatura da área, de forma sistemática, pesquisas sobre o fluxo da informação, interação profissional em saúde, em equipes multiprofissionais, e suas relações com a produção de conhecimento, seu uso e representação, visando identificar elementos e fatores relevantes de informação em atividades práticas.
- Delinear o perfil de uma equipe multiprofissional de saúde para identificar a forma de utilização e registro das informações, de acordo com o processo de comunicação e interação entre os componentes.
- Analisar as interações entre os profissionais da saúde, no sentido de identificar a qualidade de informações que absorvem a partir de atividades interdisciplinares, e como ocorre a troca e a geração de novos conhecimentos.

## **3 JUSTIFICATIVA**

A proposta do presente trabalho procurou compreender o fluxo da informação e a interdisciplinaridade no trabalho de equipes de profissionais na saúde. O interesse pelo presente tema surgiu no decorrer do trabalho desenvolvido na área de documentação na Diretoria de Saúde da Aeronáutica, instituição a qual faço parte há sete anos. No desenvolvimento de um trabalho em conjunto com outra unidade, a Casa Gerontológica Brigadeiro Eduardo Gomes (CGABEG), obtive o conhecimento das atividades desenvolvidas nesta instituição, que realiza o cuidado aos idosos através do trabalho em equipe. A preocupação da sociedade com a questão do idoso vem crescendo gradativamente ao longo dos anos. No Brasil, segundo censos nacionais realizados pelo Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de idosos saltou de 14 milhões em 2000 para 20 milhões em 2010. A previsão da própria instituição, para o ano de 2020, é de que o país atinja a marca dos 28 milhões (IBGE, 2000; 2008; 2010). O crescimento do número de idosos é superior ao crescimento populacional geral do Brasil, indicando um processo de gradativo envelhecimento da população.

Ainda que todas as áreas de saúde sejam influenciadas pelas questões da interdisciplinaridade e do multiprofissionalismo, algumas se destacam a esse respeito, pela natureza de seus campos de atuação e das questões de saúde de que tratam. Dentro da área da saúde, verificamos que a Gerontologia é intrinsecamente interdisciplinar, pois, o processo de envelhecimento permeia todos os aspectos da vida. Incorpora conteúdos científicos e técnicos de vários campos do saber.

Desta forma, com o crescente envelhecimento proporcional da população e o aumento da sobrevivência de pessoas com incapacidades físicas e mentais, os asilos deixaram de fazer parte da rede de assistência social ao idoso para fazer parte da rede de assistência à saúde. Para expressar a nova função híbrida destas instituições, passou-se a adotar no Brasil a denominação “Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)”, sugerida pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia estabelece as ILPIs como estabelecimentos que prestam atendimento integral, que têm como premissa pessoas de 60 anos e mais, dependentes ou independentes, que não possuem condições para permanecer em seu domicílio ou com a família. Essas instituições detêm diversas denominações – abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancionato, e precisam proporcionar serviços na área social, médica, de psicologia, de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, e em outras áreas, conforme necessidades desse segmento etário (SBGG, 2003, apud BORN; BOECHAT, 2006).

Portanto, o campo empírico de pesquisa adotado é uma ILPI, em virtude da conjugação de diversas especialidades, como mesmo objeto, o cuidado com o idoso. Este fato permitirá a realização da pesquisa em um ambiente de trabalho cuja natureza interdisciplinar é intrínseca e embrionária.

Este projeto teve com campo de pesquisa a Casa Gerontológica Brigadeiro Eduardo Gomes, que atende a militares, ex-militares, e dependentes, da Força Aérea Brasileira, possui pacientes residentes, independentes e com diversos graus de dependência. Realiza atendimento em diversas especialidades como: Clínica Médica, Enfermagem, Nutrição, Odontologia, Musicoterapia, Fisioterapia, Psicologia, dentre outros.

Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam ajudar a compreender, de forma mais específica, essa modalidade de cuidado com abordagem interdisciplinar, as interações entre os agentes, a análise do fluxo e do tratamento da informação e o impacto destes no desenvolvimento

da comunicação no trabalho em equipe. Almeja-se também verificar como o conhecimento produzido pode se tornar uma ferramenta eficaz para ações do cuidado na saúde. Na metodologia empregada na pesquisa foi utilizado um estudo empírico, no intuito de obter informações e impressões sob as questões propostas na pesquisa.

Neste sentido, desenvolveu-se a pesquisa empírica de caráter exploratório a partir de um estudo de caso, com natureza qualitativa observacional. Foi utilizada a técnica de observação não participante, que identificou fatores que influenciam ou que determinam opiniões, sentimentos e condutas na busca de informação, para o desenvolvimento das atividades no cuidado ao idoso, e serviu de apoio às questões levantadas no estudo teórico. O estudo analisou o trabalho de uma equipe interdisciplinar lotada na Casa Gerontológica de Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes (CGABEG).

A CGABEG, criada em 07 de novembro de 1984, é a Organização do Comando da Aeronáutica, cuja finalidade é prestar assistência Biopsicossocial, desenvolvendo ações: clínicas, terapêuticas e de reabilitação aos militares idosos reformados ou da reserva remunerada do Comando da Aeronáutica.

O modelo hospitalar utilizado não corresponde ao modelo de asilo tradicional. Utilizam um modelo assistencial comunitário e multidisciplinar, que busca estabelecer um perfil próprio de saúde. A equipe técnica é constituída por profissionais das mais diversas especialidades, que desenvolvem trabalho multidisciplinar integrado, no sentido da reabilitação física e social.

A assistência prestada é denominada gerontológica quando é destinada aos idosos não dependentes ou de leve dependência, cuja carência principal esteja nas áreas social e psicológica, visto que a Gerontologia é a ciência voltada ao estudo do processo de envelhecimento do ser humano e das formas de promover uma melhor qualidade de vida; ao passo que a assistência é denominada geriátrica quando é destinada a idosos que necessitam de assistência médica e de enfermagem especializadas, sendo classificadas, segundo suas necessidades, em média e total dependência, em razão da Geriatria ser a área médica que estuda e trata das doenças típicas das pessoas idosas.

Na CGABEG, residem até 130 idosos que estão distribuídos em seis alas, de acordo com sua classificação inicial de ingresso e suas necessidades. Recebem atendimento gerontológico/geriátrico prestado por técnicos do corpo clínico, composto de doze especialidades profissionais: Medicina, Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Educação Física, Odontologia, Fonoaudiologia, Musicoterapia, Farmácia, Serviço Social, Terapia Ocupacional. Pretende-se nessa pesquisa verificar como parte da análise exploratória, as relações interdisciplinares resultantes do cuidado ao idoso, na CGABEG, como também análise do fluxo de informação destas relações entre os membros da equipe.

## 4 DAS ORIGENS DA MEDICINA À INTERDISCIPLINARIDADE

### Antiguidade e Idade Média

Na antiguidade, grandes influências em questões relativas à vida, à doença e à morte, eram atribuídas aos deuses ou seja, eram vistas como punição divina. A medicina que, primeiramente, era considerada mágica, religiosa e empírica, passou a buscar compreender e explicar os fenômenos relativos ao processo saúde-doença. Essa mudança sofreu enorme influência da filosofia, iniciou na Grécia, por volta do século V a.C.

Podemos citar também a mistura da história e mitologia associada à cura de doenças e ações de prevenção. Neste aspecto, destaca-se Apolo, seu filho Esculápio, e suas netas, filhas de Esculápio, Panaceia (que é uma palavra utilizada hoje em dia para significar “o que cura tudo”) e Higéia (palavra da qual deriva o termo hígido, que significa “o que é sadio”).

O mito é substituído pela ciência, sendo um dos pilares das bases científicas da medicina grega desenvolvido por Alcmeon, famoso médico da época. De acordo com Alcmeon, o desequilíbrio do corpo é proveniente de diversos fatores, fatores externos (clima e altitude) e internos como má nutrição (dietas irregulares ou inadequadas).

Na Grécia a correlação dos quatro elementos: fogo, ar, terra e água, com a saúde é chamada a Doutrina dos Humores.

Por volta de 460 a.C. os deuses são substituídos, métodos precisos e objetivos são desenvolvidos, fundamentados na investigação e no raciocínio para o diagnóstico de doenças. Estas mudanças são realizadas fundamentalmente por Hipócrates, idealizador de um modelo ético e humanista, passando a ser considerado o pai da medicina.

A medicina romana sofreu influências da medicina grega, baseando-se na crença de vários deuses. Era, portanto, considerada mágica e sobrenatural. Em Roma as práticas racionais eram misturadas a farmacopeia.

No Império Romano a saúde do povo era alvo de interesse do Estado em função da utilização de mão de obra para guerras. A assistência médica era gratuita e individual, eram prescritos livremente massagens, dietas, banhos, repousos e vinho. Em todas as cidades importantes do Império havia fornecimento de água limpa, o saneamento básico era considerado essencial. Roma possuía aquedutos e consumia em banhos públicos volumosa quantidade de água por dia, realizados em diversos locais, com água fria ou aquecida. Durante o império Romano, havia coleta de lixo regular, o abastecimento de mantimentos acontecia de forma organizada, os esgotos eram de excelente qualidade, a ponto de alguns deles serem utilizados até hoje. Promovia-se vigilância sobre o estado das edificações e realizava-se o controle da saúde das prostitutas. (GUANABARINUS et al

2003).

Com a queda do Império Romano, na Idade Média, a medicina atravessou um período conturbado, onde a dor era qualificada como uma virtude humana, além da propagação de médicos impostores. (GUANABARINUS et al 2003).

As mudanças da sociedade, ou seja, sua organização e constituição acabam transformando a medicina ao longo do tempo. Pode-se citar como, por exemplo, a domesticação das plantas e animais, que possibilitou a constituição das cidades, permitido, dessa forma, o sedentarismo e a sobrevivência de diversas pessoas num espaço cada vez menor. (GUANABARINUS et al 2003).

### **Século XVII e Século XVIII - Espécies**

Durante os séculos XVII e XVIII, os médicos realizavam os atendimentos afastados do doente. O atendimento não incluía palpação sistemática ou auscultação, tentava-se adivinhar o interior através das observações externas, o trabalho se baseava na observação das marcas superficiais e imediatas visíveis. A visão e a percepção essencial e ordinal baseavam a classificação das doenças, logo, o agrupamento era realizado em espécies como na botânica. Esse era o tempo da Medicina das Espécies. (FOUCAULT, 2008).

Ressalto que o agrupamento por espécies foi utilizada como base da pesquisa sobre a transição histórica da medicina para a clínica a obra Nascimento da Clínica, 1963, de Foucault. O motivo da escolha desta referência central se dá em razão do autor ser referência acadêmica sobre este assunto, um marco epistemológico, decorrente de sua abordagem profunda sobre o tema. Foucault faz uso de análises arqueológicas e usa como objeto a doença e a própria medicina moderna. Segundo Machado, Foucault não elucida o nascimento da medicina moderna pelo confronto entre teoria e experiência, mas sim pelo deslocamento de um olhar de superfície, que se limita à visibilidade dos sintomas, para um olhar de profundidade, que transforma o invisível em visível através da investigação do organismo doente. Utiliza a mudança do olhar, e sua linguagem, em relação intrínseca com a experiência médica. Faz uso das relações entre olhar e linguagem para dar conta das rupturas que afetaram o conhecimento médico, procurando desvendar aquilo que mais profundamente caracteriza e possibilita tal forma de conhecimento. (MACHADO, 1982, p. 115).

### **Século XVIII - Medicina Classificatória**

No final do século XVIII, iniciou-se o pensamento classificatório das doenças, trabalho realizado por Sydenham. A medicina se transforma, passou-se a observar o sofrimento dos homens a partir de uma nova organização do espaço, através de uma percepção qualitativa e cardinal,

baseada em um núcleo de circunstâncias, o saber médico aproxima-se do doente.

Os procedimentos para descobrir a doença passaram a utilizar, além da visão, o tato e audição, que possibilitaram o mergulho na profundidade do corpo. O médico notou que “havia algo atrás da superfície visível” (FOUCAULT, 2008, p.150). Neste método, o médico se fixava nos sinais visíveis da doença, a partir do doente, ao mesmo tempo em que o neutralizava. Segundo este método, a doença podia se manifestar em diversos sítios. Por não haver um espaço definido, a relação entre a doença com o organismo não era constantemente necessária. Para Tissot apud Foucault: “Os médicos devem se limitar a conhecer as forças dos medicamentos e das doenças por meio de suas operações; devem observá-las com cuidado, se aplicar em conhecer suas leis e não se esgotar na investigação das causas físicas.” (FOUCAULT, 2008, p.13).

Conforme Foucault, neste tipo de medicina, para entender a doença era preciso um olhar qualitativo. A fala do paciente e sua observação não eram o mais importante, o olhar do médico deveria estar atento aos sintomas da doença, era como se o paciente não existisse. Para este autor, na medicina classificatória, “Quem desejar conhecer a doença deve subtrair o indivíduo com suas qualidades singulares. O indivíduo é apenas um elemento negativo” (FOUCAULT, 2008, p.14). Ou seja, o doente nada mais é do que a doença manifestada em um ser singular.

Será possível fazer um paralelo com a medicina atual, onde o médico neutraliza o paciente e volta o seu olhar para exames complementares e todo aparato científico-tecnológico disponível? Estamos voltando a agir como na época do pensamento classificatório do sec.XVIII?

Para a medicina classificatória uma epidemia é analisada pelo reconhecimento de signos gerais, segundo circunstâncias, de uma epidemia para outra, da causa até a forma mórbida em um determinado tempo e lugar em detrimento do reconhecimento da forma geral da doença.

Os registros do saber médico do século XVIII deixaram de ser realizados de forma fechada, e passaram a ser substituídos por quadros abertos e indefinidamente prolongáveis. O trabalho modificou-se para o coletivo, agregando informações constantemente revisadas e atualizadas. O olhar se volta para a totalização dos acontecimentos e de sua determinação, mais do que no fechamento de uma forma sistemática do saber. O olhar médico passou a se voltar para uma espécie de registro clínico da série de acontecimentos. (FOUCAULT, 2008, p.14).

Nesta época, se acreditava que a melhor maneira de se evitar que uma doença se propagasse era através da difusão da medicina. Desta forma, se percebeu a necessidade de um controle estatístico da saúde, para que os cidadãos fossem informados sobre o possível e necessário saber em medicina. (FOUCAULT, 2008, p.14).

Neste período, dois mitos foram construídos: o primeiro de que o médico se assemelhava ao clero. Onde o padre exercia poder sobre as almas e o médico sobre o corpo, sendo respectivamente responsáveis pela saúde da alma e do corpo. Acreditando que seria possível um

desaparecimento total da doença na sociedade e que ambos estariam inscritos nas missões da Igreja: “a consolação das almas e o alívio dos sofrimentos.” (FOUCAULT, 2008, p.34).

O segundo mito versava sobre uma reflexão histórica. O medo e o esgotamento prevaleciam na Idade Média, o enfraquecimento do patriotismo e suas obrigações nos séculos XVI e XVII, já no século XVIII, acreditava-se na relação entre a procura do prazer e a doença, e que se estes fatores fossem eliminados não haveria doença.

Neste momento o médico assume uma tarefa de amplitude política, onde a procura pela saúde inicia-se na “guerra contra maus governos” (FOUCAULT, 2008, p.36). A medicina agrega caráter de formação de padrões sociais do homem saudável, ou seja, o não doente, para a criação do “*homem-modelo*” (FOUCAULT, 2008, p.37).

Até o final do século XVIII, a medicina estava mais arrolada à saúde do que à questão da normalidade. A prática médica, portanto, se empenhava em promover uma regra de vida e de alimentação saudável, o que possibilitava a todos serem médicos de si mesmos. Neste sentido, pode ser feito um paralelo rudimentar ao que atualmente é conceituado como Promoção de Saúde, com a absorção de hábitos que corroborem para o bem-estar, diminuição de agravos e prevenção de doença.

### **Século XVIII e XIX - Medicina Clínica**

No final do século XVIII e início do século XIX foi um momento ímpar na história da medicina, com o surgimento da clínica. Acreditava-se que a origem da medicina residia na clínica. O instinto e a sensibilidade se sobreporão à experiência na relação do sofrimento com aquilo que o alivia. Essa relação não era mediada pelo saber, e não representava uma tomada de conhecimento ou uma opção para um conhecimento futuro. Segundo Foucault, esta relação era cumprida de forma imediata e cegamente por todo mundo, e as experiências realizadas por cada um eram passadas de pai para filho. Para Foucault a clínica representou uma época de felicidade para a medicina.

Com o desmembramento entre o Olhar e a Palavra, o que se analisava só era difundido aos outros, e aplicado na prática, após ter passado pelo “esoterismo do saber”. (FOUCAULT, 2008, p.59). O saber começou a ser repartido por um grupo privilegiado. Neste sentido, um novo tempo do saber foi alcançado com a clínica, positivo em contraposição ao tempo representado pelos sistemas, a medicina foi colocada “no mesmo nível que sua verdade”. (FOUCAULT, 2008, p.60).

Nos últimos anos do século XVIII Leiden, Boerhaave começaram a promover o surgimento de cadeiras ou de institutos clínicos por toda Europa. Estas mudanças representaram um tempo universal e histórico, com a criação das instituições e dos métodos clínicos. Estes passaram a ser valorizados como se estivessem restituindo uma verdade eterna. (FOUCAULT, 2008).

A prática da arte da observação, ao leito dos doentes, passou a ser parte essencial na nova medicina. A reorganização institucional da medicina passou a ter a clínica, como tema principal de representação. Nesta época, na França, foi apresentada uma proposta de se criar uma escola única, com a finalidade de formarem oficiais da saúde. Essa ideia se fundamentava no fato da medicina ser avaliada como: “uma ciência prática cuja verdade e sucesso interessavam ao conjunto da nação”. (FOUCAULT, 2008, p.75).

A plenitude do olhar clínico procura tornar visível tudo que se encontra obscuro. Esse olhar avalia o tempo e as possibilidades. “Olho que sabe e que decide olho que rege” (FOUCAULT, 2008, p.96). Ou seja, a prática e as deliberações do olhar são uma tentativa de ordenar uma ciência. Esse olhar busca “ver, isolar traços, reconhecer os que são idênticos e os que são diferentes, reagrupá-los, classificá-los por espécies ou famílias” (FOUCAULT, 2008, p.96), desta forma se aproxima à história natural.

Devido ao amparo e validação por uma instituição o olhar médico se torna diferente do olhar de qualquer outro observador. Esse olhar tem poder de decisão e de intervenção. Ele procura perceber cada minúcia e fica atento a qualquer desvio. Além de examinar o que se pode ver, também verifica as possibilidades e riscos. A conexão entre o olhar médico e a doença promoveu uma transformação que possibilitou ligar o campo ao olhar através do que Foucault chamou de códigos do saber. O que acarretou mesclar a teoria da experiência e o método do resultado.

O signo, por sua vez, noticia o que está por vir, faz a anamnese do que se passou e o diagnóstico do que está acontecendo no momento. O que está mais distante, mais oculto, é indicado através do invisível pelo signo. O sintoma é transformado em signo através da intervenção de uma consciência. É através do sintoma que o signo existe, por isso todo sintoma é um signo, mas nem todo signo é um sintoma. A compilação de sintomas configura a doença, e para Foucault: “A doença deve ser considerada como um todo indivisível, desde seu início até seu término, um conjunto regular de sintomas característicos e uma sucessão de períodos” (FOUCAULT, 2008, p.103).

O método clínico se formou com o olhar médico no campo dos signos e dos sintomas, na relação entre a consciência e o signo. Como o filósofo ao analisar as relações é o clínico ao descrever os sintomas do paciente.

Para Foucault, o tempo é restituído através da verdade e da linguagem. Desta forma a cronologia da história das doenças passa a ter grande importância. “O olhar do clínico e a reflexão do filósofo detêm poderes análogos, visto que o mundo é para eles o análogo da linguagem” (FOUCAULT, 2008, p.105).

No final do século XVIII, é descoberta pela medicina a possibilidade de tratar a incerteza de forma analítica “com a soma de graus de certezas isoláveis e suscetíveis de um cálculo rigoroso” (FOUCAULT, 2008, p.106).

No momento em que o saber probabilístico foi incorporado, a medicina revigorou totalmente seus valores perceptivos. Essa crucial transformação conceitual fez de cada elemento que se compreendia, uma ocorrência que se registrava, e se colocava em uma série aleatória, o que antes era uma evolução incerta. “O espaço onde devia se exercer a atenção do médico tornava-se um espaço ilimitado, constituído por elementos isoláveis, cuja forma de solidariedade era da ordem da série” (FOUCAULT, 2008, p.106).

Para Foucault, a clínica se constitui no momento em que a medicina passou a ter a tarefa de entender os fatos de forma aberta, e não mais “ver o verdadeiro essencial sob a individualidade sensível” (FOUCAULT, 2008, p.106).

O conjunto formado entre a complexidade da combinação (signos e sintomas), o princípio da analogia, a percepção das frequências e o cálculo dos graus de certeza, instituem a análise técnica da percepção de um caso.

Segundo Foucault, Hipócrates desprezava os sistemas, se prendia somente à observação. Esse olhar era munido com uma armadura lógica, o que o diferenciava de um olhar ingênuo, não preparado, que se abnegava de intervir, apenas observava. No entanto para o clínico, esse mesmo olhar conseguia ver além, um silêncio que era capaz de escutar. A arte de observar tinha como base a lógica para os sentidos. O olhar clínico, portanto, era uma ação de percepção onde se subentendia uma lógica de operações: ao reconstituir a gênese de composição, ele se tornava analítico.

A medicina francesa estabeleceu ao panorama acadêmico e a prática profissional a ausculta, a percussão, a patologia tissular, a instrução clínica sistemática e a autópsia, além do ceticismo clínico e a estatística.

Conforme Foucault, Pinel acreditava que a clínica buscava definir o “lugar de encontro do médico com o doente” (FOUCAULT, 2008, p.122) por três formas: na primeira, sucedia uma alternância entre o que era falado e o que era compreendido na observação. Fazia-se uma observação geral, depois se inquiria o doente sobre seus hábitos, profissão e sua vida passada. Após avaliava-se o desenvolvimento dos sintomas, o estado das secreções, o resultado dos medicamentos que foram empregados e, por fim, fazia-se a prescrição. Uma segunda forma estaria intimamente ligada à capacidade do médico em traduzir as observações do seu olhar clínico através de uma linguagem verbal, possibilitando uma análise. E, por fim, a terceira forma propunha que a descrição permitia dispor as manifestações, seguindo uma sequência inteligível de sua origem. Ao descrever, o sintoma estava sendo convertido em signo, ou seja, o doente passava a simbolizar a doença, criando um “vínculo entre o campo aleatório dos acontecimentos patológicos e o domínio pedagógico no qual estes formulam a ordem de sua verdade” (FOUCAULT, 2008, p.125). Assim, a arte de descrever serviria de base da arte da medicina.

O olhar clínico rescindiu com o sonho de uma ciência e uma prática abertas e foi capaz de

refazer certo esoterismo médico. Nesse sentido, a descrição, na medicina clínica, possibilitou o olhar mais profundo, o oculto ao alcance, não de todo mundo, mas apenas dos profissionais da área. Com a clínica médica era possível fazer ciência e ensinar medicina (FOUCAULT, 2008). Morgagni, no final do século XVIII delineou uma direção para o moderno conceito de doença através da anatomia patológica, estabelecendo uma correlação clínica patológica atual até os dias de hoje. Ele tratava de “forma organizada das doenças da cabeça, do tórax, do abdômen, do baixo ventre, das febres, dos tumores e das doenças das extremidades.” (GUANABARINUS et al., 2003, p.140).

O olho clínico adquiriu um sentido novo, a medicina dos órgãos, do foco e das causas e dissipou a medicina dos sintomas (FOUCAULT, 2008). Portanto, os métodos de análise e o exame clínico passaram a ter uma nova significação a partir da anatomia patológica. Passou-se a aceitar que as lesões esclarecessem os sintomas, conferindo à anatomia patológica a fundamentação da clínica. Ou seja, a anatomia patológica passou a ordenar a clínica. Tendo como seu grande ordenador Bichat. (GUANABARINUS et al., 2003; FOUCAULT, 2008).

### **Século XIX - Medicina Anátomo-clínica**

Nos primeiros anos do século XIX, os médicos começaram a descrever o que antes não se almejava sequer enxergar, quanto mais enunciar. A partir de Bichat, a racionalidade médica começou a notar a textura, a cor, as manchas, a dureza e a aderência das coisas.

Uma linguagem racional foi elaborada em torno do olhar atento dos conteúdos visíveis em virtude da relação deste com a experiência. O modelo da botânica e da história natural serviu de base para o sistema classificatório, que fundamentou a prática clínica e efetivou o mecanicismo no saber médico. Com a criação do sistema classificatório possibilitou o nascimento patologia, assim a medicina passou a ser a disciplina sobre a doença. Desta forma, foi possível estabelecer os hospitais de acordo com a entidade patológica. A patologia passou a exercer liderança sobre a prática clínica, e com isso a ciência passou a ter o privilégio sobre a arte.

A partir deste momento, as patologias passam a nortear o desenvolvimento da medicina, que utiliza o mesmo modelo de classificação da botânica, e estabelece a formulação de disciplinas de acordo com cada segmento do corpo e as patologias que o acometem. Com isso, inicia-se a construção do saber segmentado, fragmentado em disciplinas, que no decorrer do tempo se tornam cada vez mais especializados, em torno do seu referencial topográfico e núcleo patológico. Isto se opõe ao saber unitário, a visão holística, a conjunção de saberes em busca de um entendimento e atendimento mais completo e integral, ou seja, uma abordagem interdisciplinar.

Esse novo olhar influenciou, até o século XVIII, a visão supérflua do conhecimento sobre a questão da saúde, da vida e da cura. A partir do século XIX, com o conhecimento anátomo-clínico e a prática da autópsia, essa propensão se exacerbou, e a saúde passou a ser considerada como “*como*

*ausência de doenças*” (LIMA, 2007, p.64). A medicina foi, aos poucos, se modificando para ciência do normal e do patológico. Foucault ressalta essa ideia, quando apresenta a mudança no diálogo entre o médico e o doente do século XVIII, que se iniciava com a pergunta: “*O que é que você tem?*” (FOUCAULT, 2008, p.XVI), e a partir da clínica, a pergunta passou a ser: “*Onde lhe dói?*” (FOUCAULT, 2008, p.XVI). Para o autor, essa configuração de abordagem transforma a relação entre doença e sintoma. (FOUCAULT, 2008).

O século XIX foi uma época onde a doença estava relacionada à localização do mal no corpo, valorizando-se a anatomia patológica. Era possível identificar, através das lesões aparentes no corpo, as correlações lógicas das massas anatômicas. Esse método era chamado anátomo-clínico. (FOUCAULT, 2008). A maior preocupação, neste século, era com o estado de normalidade do que com a saúde. Valorizava-se entender o tipo e o funcionamento das estruturas orgânicas para então, realizar uma intervenção. Iniciou assim, uma bipolaridade entre o normal e o patológico, compondo um caráter único das ciências do homem, onde não há como separar o negativo em que aparecem do positivo que se situam. O conceito de saúde estaria ligado à ausência de doença. (LIMA, 2007).

No final do século XIX e início do século XX, foi criada uma ideia de consciência social da doença. Com a família sendo sinalizada como o melhor lugar para a reparação, pois era considerado o meio natural da vida social. A família estaria ligada ao doente por um “dever natural de compaixão” (FOUCAULT, 2008, p.42), e a nação estaria ligada a ele por um “dever social e coletivo de assistência” (FOUCAULT, 2008, p.42). O médico passou então, a exercer outro papel além do técnico, o econômico. Neste sentido ele passa a ser um “vigilante da moral e da saúde pública” (FOUCAULT, 2008, p.44). Desta forma os hospitais, passaram a ser um espaço para os doentes sem família, para os portadores de doenças contagiosas, e para os casos difíceis, locais de uma vigilância contínua, tornando-se indispensáveis medidas de proteção.

A partir da anatomia patológica foi possível identificar e estabelecer semelhanças entre as doenças, devido à criação da sequência ordinal da espessura dos tecidos. Essa estrutura lógica é a mesma vista no pensamento nosológico. (FOUCAULT, 2008).

Ao utilizar esse tipo de análise, a doença deixa de ser um “objeto passivo e confuso” (FOUCAULT, 2008, p.143), como os clínicos acreditavam, para se transformar em um “sujeito ativo que a exerce impiedosamente sobre o organismo” (FOUCAULT, 2008, p.143). A anatomia se tornou patológica, ou seja, as coisas que aconteciam em profundidade se manifestavam nas superfícies.

Com base nos modelos químicos a nomenclatura médica foi criada. As formas gerais de alteração passam a ser indicadas pela terminação *ose*, as irritações dos tecidos terminam em *ite*, os derrames em *rea* e assim por diante. Ao se deslocar o olhar médico da dimensão dos tecidos e dos sintomas para uma terceira dimensão, passou-se a definir a anátomo-clínica. (FOUCAULT, 2008)

Uma diferença entre o olhar da clínica e da anátomo-clínica chamava a atenção. Para a clínica, era necessário um sujeito exterior e decifrador. Para a anátomo-clínica, o importante era o médico ser capaz de “ver o mal se expor e dispor diante dele à medida que penetra no corpo” (FOUCAULT, 2008, p.150). A doença deixou de ser “um feixe de características disseminadas pela superfície do corpo e ligadas entre si por concomitâncias e sucessões estatísticas observáveis” (FOUCAULT, 2008, p.150), e passou a ser “um conjunto de formas e deformações, figuras, acidentes, elementos deslocados, destruídos ou modificados que se encadeiam uns com os outros, segundo uma geografia que se pode seguir passo a passo. Não é mais uma espécie patológica inserindo-se no corpo, onde é possível; é o próprio corpo tornando-se doente” (FOUCAULT, 2008, p.150).

O olhar do clínico se concentrava a uma série de acontecimentos numa determinada região. Com o conhecimento anátomo-clínico, a semiologia passou a ser um conjunto de técnicas que permitia estabelecer uma “anatomia patológica projetiva” (FOUCAULT, 2008, p.179), e não apenas uma leitura. Assim, as informações passaram a ser em três dimensões, visão, audição e tato. Neste sentido, o olhar médico passou a possuir uma estrutura plurissensorial, em que além de olhar, ele era capaz de que tocar e ouvir. (FOUCAULT, 2008).

A partir do método anátomo-clínico, a morte passou a fazer parte da experiência médica, com isso foi possível observar à doença no corpo do doente, desta forma a medicina deixou de ser um conhecimento geral e abstrato. A medicina das reações patológicas dominou o século XIX, e perdurou até o século XX. (FOUCAULT, 2008; BUSS et al., 2007).

A clínica deixa de ser um local de descoberta e progresso, passou a ser o local de prova das inovações produzidas em laboratórios, porém continuava a exercer um importante papel na formação médica. (LIMA, 2007).

Com advento da bacteriologia a medicina, na segunda metade do século XIX, sofreu uma revolução. Com o trabalho dos patologistas Koch e Pasteur, nas últimas décadas deste século, um novo paradigma surgiu, para a explicação do processo saúde-doença, e com isso um choque entre as questões relacionadas à saúde e doença. De um lado estavam os estudos com ênfase no conhecimento das condições de vida e os hábitos dos hospedeiros, e de outro os estudos bacteriológicos dos organismos infecciosos. Iniciou-se, assim, um conflito entre Saúde Pública e Medicina. (BUSS et al., 2007; LIMA, 2007).

## Século XX

O início do século XX foi marcado pela excelência das escolas de medicina, seus hospitais e corpo de pesquisadores médicos. Logo, o controle de doenças específicas norteou o conceito de Saúde Pública, fundamentando-se na bacteriologia e afastando-se de temas políticos e dos “esforços por reformas sociais e sanitárias de caráter mais amplo.” (BUSS et al., 2007, p.79) Apesar da ênfase na visão médico biológico predominar, os debates entre essa abordagem e os enfoques sociopolíticos e ambientais permaneceram ao longo do século XX.

Na segunda metade do século XX, a medicina adicionou uma volumosa quantidade e variedade de equipamentos e medicamentos, construindo a tecnologia em saúde. Com essa incorporação, houve uma sobrevalorização da possibilidade de intervir. Apenas no final deste século é que se procura demarcar positivamente a saúde e, com isso, avaliar procedimentos para sua promoção.

Segundo Luz, no contexto atual de uma visão capitalista, a medicina vem se modificando na relação de consumo de bens e serviços, onde o paciente demanda determinado exame tal qual um cliente, e os cuidados médicos são aferidos conforme os custos pelos seguros e planos de saúde. (LUZ, 2006).

As transformações científicas e tecnológicas trouxeram para medicina contemporânea significativos progressos, no alcance de diagnose, na intervenção terapêutica precoce, além de mais eficiente, mais eficaz, precisa e segura, possibilitou uma melhor qualidade de vida aos pacientes. Porém, acarretou uma segmentação excessiva do paciente, um intervencionismo demasiado, elevou os custos dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, e desvalorizou os aspectos psicossociais, o que tornou as ações de assistência à saúde insensíveis às necessidades das pessoas. (AYRES, 2009).

O avanço da medicina do aspecto científico e tecnológico “mudou sua representação social” (RABELLO, 2010, p. 42), passando a assumir a qualidade de profissão. Segundo a sociologia, essa promoção é uma característica evolucionar das sociedades modernas.

A medicina passa a ser considerada uma profissão, e a partir deste momento torna-se imprescindível que os futuros profissionais obtenham uma formação especializada, distinguindo-os de outros ofícios. Desde então, a formação e o trabalho passam a ser exercidos pelos próprios médicos, que iniciam um monopólio de sua atividade, de autonomia e controle do exercício profissional. (RABELLO, 2010). Estas mudanças na formação e exercício profissional, conjuntamente com a forma de organização da sociedade de produzir, e distribuir suas riquezas vêm modificando os desafios enfrentados pela humanidade em relação ao processo saúde-doença.

Foucault afirma que “Na aurora da humanidade, antes de toda crença vã, antes de todo

sistema, a medicina residia em uma relação imediata do sofrimento com aquilo que o alivia.” (FOUCAULT, 2008, p. 58).

A formação do médico era voltada para prevenção e tratamento de doenças, enquanto a saúde era entendida como ausência de doença. Este tipo de formação teve como significativo ordenador o americano Abraham Flexner que, publicou em 1910, o estudo *Medical Education in the United States and Canada – “A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching”*, conhecido como Relatório Flexner. No Brasil, a partir dos anos 50, este trabalho exerceu influência nas escolas médicas. (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

A medicina tinha com centro de estudo a doença. O social, o coletivo, o público e a comunidade não eram valorizados para o ensino médico e não eram considerados fatores relevantes no processo de adoecimento. O hospital era a principal instituição de transmissão do conhecimento médico durante todo o século XX.

Na proposta de Flexner os currículos apresentavam uma divisão clara entre disciplinas básicas, seguido de estudos clínicos. Neste caso, não havia durante a formação **interação de saberes e práticas**, necessários para o cuidado integral à saúde, uma vez que a teoria era ensinada num determinado momento, e a prática era exercida em outro momento, como se não existisse uma articulação entre elas.

No início do século XX, começou o questionamento acerca da abordagem exclusivamente médica, devido à necessidade de lidar com os custos crescentes da assistência médica, e o combate às doenças crônicas, uma vez que os resultados eram pouco significativos em sua efetividade.

Surgiu, no Canadá, um documento sobre esses questionamentos, motivado por aspectos políticos, técnicos e econômicos, conhecido como Informe Lalonde. Segundo Buss, este documento conclui que:

“Quase todos os esforços da sociedade canadense destinados a melhorar a saúde, bem como a maior parte dos gastos diretos em matéria de saúde, concentram-se na organização da assistência médica. No entanto, as causas principais das enfermidades e mortes tinham suas origens nos outros três componentes: biologia humana, meio ambiente e estilos de vida”. (BUSS, 2000, p.167).

Esse fato provocou a elaboração de uma série de outros documentos, evidenciando o quanto às intervenções com base no modelo biomédico, bem como no tratamento curativo dos indivíduos era limitado, e não incorporavam os determinantes sociais da saúde.

Durante a 30ª Assembleia Mundial de Saúde, no final da década de 70, foi sugerido o tema Saúde Para Todos no Ano 2000 (SPT/2000). Logo após, em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que teve como meta a SPT/2000. O resultado final dessa conferência ficou conhecido como Declaração de Alma-Ata (cidade onde foi realizada a conferência). Esse documento já ressaltava o valor da ação

conjunta de outros setores sociais e econômicos, além, do setor saúde para se promover a saúde das populações.

A estratégia para conseguir atingir a meta proposta foi a atuação focada na Atenção Primária em Saúde (APS), segundo a definição da OMS é:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OPAS/OMS, 1978).

A incorporação de atributos sociais ligados à saúde culmina no desenvolvimento do conceito ampliado de saúde, que foi incorporado nas políticas mundiais como qualidade de vida. Essa qualidade de vida, na significação dada por Minayo, Hartz e Buss, está arrolada a parâmetros subjetivos, onde são considerados a realização pessoal, o amor, o prazer, a felicidade e o bem-estar; e parâmetros objetivos, vinculados à satisfação de necessidades básicas e necessidades instituídas pelo desenvolvimento econômico e social.

Nesse contexto, a saúde assume o papel de um recurso para a vida. Em virtude deste momento, em 1986, a OMS convocou a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Esta Conferência teve como produto a Carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde, qualificada como um dos documentos precursores da promoção da saúde atual. Segundo Buss, a Carta de Ottawa relaciona-se a um conjunto de valores dos quais podem ser enfatizados: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação social e parceira.

Além disso, a referida Carta incorporou os determinantes sociais da saúde e promoveu um esforço para que esse conceito acontecesse na prática. Apresentou estratégias com responsabilização múltipla, com a combinação de ações do Estado, da comunidade, dos indivíduos, do sistema de saúde e de parceiras intersetoriais. (BUSS, 2000).

Na promoção de saúde, dentre seus conceitos básicos estão; o “empoderamento” e a participação social, onde o primeiro se liga ao processo de capacitação de indivíduos e comunidades, a fim de que estes adquiram conhecimento que possibilite o controle dos fatores que afetam sua saúde. O segundo está relacionado à garantia do exercício de voz ativa, na definição e eleição de prioridades pelas próprias comunidades. (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

No Brasil, na década de 80, vinha ocorrendo um movimento conhecido como Reforma Sanitária Brasileira, que apresentava como proposta um projeto alternativo ao modelo médico-assistencial. Este movimento contou com a participação coletiva de diversos setores e profissionais

da saúde. A questão do empoderamento do sujeito e de sua autonomia constituiu-se em um conceito agregador central, das reflexões e proposições da Reforma Sanitária na época. A este respeito, “sendo a doença uma situação de fragilidade para quem a padece e que gera uma relação de submissão à autoridade médica, a falta de participação do povo no questionamento de seu tratamento individual frente à única abordagem terapêutica atualmente possível – que é de relativa agressividade – termina por gerar mais insatisfação e inconsciência do seu real papel na elaboração do seu próprio processo de saúde-doença”. (BIOLCHINI; LUZ; FERREIRA; ZIBECCHI, 1987). Todo este contexto serviu de base para a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, a qual tornou possível esse movimento, que vinha consolidar uma linha teórica do movimento: *“a saúde é determinada pela organização social, superando práticas intra-setorializadas.”* (BRASIL, 2006, p. 47).

Como resultado do movimento da reforma sanitária foi levado à Assembleia Nacional Constituinte de 1988, uma proposta que foi capaz de incluir, no artigo 196 da Constituição Federal, que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Esse processo possibilitou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em setembro de 1990, através da Lei 8080, que ao trazer como atribuições a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, incorporou o conceito ampliado do processo saúde-doença. (BUSS, 2000).

A universalidade, a integralidade da assistência, a participação social e a equidade são alguns princípios presentes nas diretrizes do SUS, é uma de suas atribuições, é a responsabilidade pela “participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde”. (BRASIL, 1990, cap. IV art.15, inciso IX). Através da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, o Ministério da Saúde em 2006, ressalta que, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988:

“A questão da saúde deixa de ser ‘um negócio da doença’ para se transformar em garantia da vida, rompendo-se com o modelo flexneriano (proposto pelo relatório Flexner, nos Estados Unidos, no início do século XX), que restringia a saúde ao diagnóstico das doenças, feito por especialistas designados por um saber academicamente reconhecido em lei. O processo participativo exige uma mudança nas relações de poder, implicando uma dimensão que politiza tanto o diagnóstico como as ações de saúde, repolitizando, assim, criticamente as políticas.” (BRASIL, 2006, p. 18).

Nos primeiros anos do século XXI, a discussão entre os determinantes sociais da saúde (DSS) se avivou, alguns autores sinalizavam para o fato de que a explicação para as causas de morte deveriam incluir não apenas o componente biológico, mas também as causas sociais relacionadas ao ambiente e ao comportamento pessoal, devido ao grande efeito na saúde e na mortalidade.

Devido ao ressurgimento desse tema, a OMS institucionaliza, em 2005, a questão dos determinantes e cria a Comissão Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde, com indicações e orientação para a criação de comissões nacionais nos Estados-membros. O Brasil, em 2006, cria a

sua comissão nacional e incorpora o conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DSS). (OMS, 2008)

Alguns autores como Buss e Pellegrini, definem esses determinantes como: “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”. (BUSS; PELLEGRINI, 2007, p 78).

Podemos evidenciar alguns aspectos como determinantes, por exemplo, o fato de que mais do que tratar de doentes, era necessário fazer intervenções que ajudassem as pessoas a ficarem saudáveis. Os DSS indicam as características específicas do arranjo social que incidem na saúde, e demonstram a maneira como são refletidas na saúde as condições sociais.

O SUS demonstrou inclinações em relação ao cuidado, tratamento e acompanhamento da saúde, além de incidir na forma de ensinar e aprender. Os sistemas de saúde juntamente com as instituições formadoras precisam promover práticas cada vez mais integradas para que se alcance a efetivação de suas diretrizes.

Para que seja possível tornar efetivos os princípios preconizados nas diretrizes do SUS, podemos citar alguns fatores, como: a inclusão nas diretrizes curriculares na formação médica, ainda na graduação, que permeie a relação intersubjetiva, o respeito à diversidade, a integração de saberes, a capacidade de trabalhar em equipe, o relacionamento interdisciplinar, estão diretamente relacionados com o cuidado em saúde. Estes atributos de qualidade devem ser exercitados a cada atendimento e, portanto, precisam que o profissional seja capaz de vivê-los e experimentá-los desde o início de sua formação para então, ser incorporado ao seu cotidiano.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado na intenção de dinamizar esse processo. Constituiu-se como uma estratégia de reformulação do modelo assistencial de saúde no Brasil. O PSF tem como objetivo geral:

“contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população”. (BRASIL, 1997, p. 10).

Neste Programa foi estabelecida uma equipe multiprofissional, que teve inúmeros desafios, dos quais dentre eles podemos destacar: a busca pela harmonização dos saberes, e a deficiência na formação do profissional, ainda constituídos em modelos flexnerianos voltados para biomédicos não conectados as reais necessidades da população.

A procura por profissionais com formação mais humanizada, que tenham capacidade para atuar no processo saúde-doença, como também no desenvolvimento de ações práticas voltadas para a promoção da saúde, vem fazendo com que as escolas que formam profissionais para área da saúde repensem suas práticas. Assim, modifiquem o ensino englobando ações de integração com outros

saberes, tornando o indivíduo capaz de conseguir dar conta da complexidade dos problemas atuais.

Ceccim apresenta a ideia de que a integralidade da atenção à saúde deve ser o eixo norteador na transformação do desenvolvimento dos profissionais da saúde. Logo, a educação precisa estar ligada “ao mundo do trabalho e às práticas sociais em saúde, como determina a Constituição Nacional” (CECCIM, 2004, p.1401), e que as instituições formadoras devem ser capazes de “formar profissionais de qualidade, conectados às necessidades de saúde”. (CECCIM, 2004, p.1404). Para este autor, a integralidade da atenção está vinculada com a dimensão do cuidado na prática dos profissionais de saúde, possibilitando-os: “tornar-se mais responsáveis pelos resultados das ações de atenção à saúde e mais capazes de acolher, estabelecer vínculos e dialogar com outras dimensões do processo saúde-doença não inscritos no âmbito da epidemiologia e da clínica tradicionais”. (CECCIM, 2004, p.1407).

Portanto, é preciso estabelecer vínculos entre os saberes para conseguir abarcar as necessidades de saúde, e contemplar todos os fatores que influenciam.

A formação está diretamente ligada aos processos educativos. Estes, por sua vez, nos remetem a Freire, cuja pedagogia nos fala que o aluno é um ser agente ativo no processo de aprendizagem, não apenas um receptor de conhecimentos que lhes são transmitidos. Freire ressalta para o fato de que somos sujeitos da história, e não apenas objetos. Por isso, deve-se constatar não para adaptação, e sim para mudança. Uma vez constatado se tem a capacidade de intervir na realidade, cuja complexidade cria novos saberes, o que difere da mera adaptação a ela. Para Freire é impossível “estudar por estudar” de forma descompromissada com o mundo. (FREIRE, 2007).

A formação fundamentada numa visão predominantemente determinista da ação humana acarretou uma sobrevalorização das dimensões técnicas em detrimento das dimensões pessoais e sociais, provocando a racionalização da formação e dos processos de mudança. A racionalidade técnica na formação acaba por determinar que sejam organizadas ações voltadas à capacitação individual, traduzindo-se mais como momentos de ensino e aprendizado de técnicas do que como um processo de desenvolvimento de recursos humanos. Alguns recursos importantes como personalidade e a experiência dos profissionais são excluídos nesse tipo de formação.

Estes recursos têm enorme valor nas profissões nomeadas por Canário de “*profissões de relação*” (CANÁRIO, 2003, p.126), como é o caso de profissionais da saúde. O autor menciona a necessidade da conexão entre a dimensão social e coletiva na prática do trabalho, a dimensão pessoal e profissional da formação, além, da relação complexa entre saberes teórico e saberes construídos na ação. Estes conhecimentos tácito e científico são contextualizados e modificados em competências na situação singular que é a relação com cada doente. Canário traz a questão da competência como a capacidade de mobilizar, num determinado contexto, um conjunto de saberes, situado ao nível do saber, saber-fazer e saber ser, na resolução de problemas. (CANÁRIO, 2003).

Nas ações práticas dos denominados ‘profissionais de relação’, os aspectos pessoais e profissionais e as dimensões sociais e técnicas são indissociáveis. O saber é produto de diversas fontes como a ciência, a experiência, a **interação** com pares, com **outros profissionais** e com os sujeitos do cuidado. Neste sentido o médico, segundo Bernardou apud Canário, pode ser definido como *“um homem de ciência, de prática e de relação”*. (CANÁRIO, 2003, p.131). O contato médico-paciente contempla a atividade intelectual e afetiva e, segundo Antunes apud Canário:

“Implica, quase por intuição, saber quando estar sério ou quando sorrir, quando falar e quando ouvir, quando tocar e quando apartar. Cada vez mais me convenço de que há em cada ato médico um elemento e interpretação que define, como para um artista musical, um estilo de ser médico. Este assenta nos pilares do temperamento, do caráter, da educação, da cultura e da filosofia da profissão”. (CANÁRIO, 2003, p.131).

Desta forma, o autor ressalta o significado de valorizar a formação com dimensão estratégica, e não sua repercussão no imediato. O autor reforça a necessidade de mudança na formação global, integrando numa mesma dinâmica as pessoas e as organizações. Só assim, seria possível produzir mudanças nos comportamentos. (CANÁRIO, 2003). A partir desta perspectiva, visualizamos que devido à complexidade dos problemas atuais faz-se necessário a interação de saberes para um atendimento eficaz.

Neste sentido, destaca-se que a interação entre profissionais da saúde é deve ocorrer a partir da sua formação. É preciso que exista um espaço de troca de experiências e conhecimentos, um treinamento para capacitar o indivíduo a compartilhar informações com outras especialidades através do diálogo, desenvolvendo a competência de interagir e trabalhar em equipe. Contribuindo assim, na construção de um profissional capaz de lidar com adversidades atuais, além de um conhecimento mais abrangente que possibilita infinitas conexões entre saberes distintos para lidar com problemas complexos. Portanto, vislumbra-se que a introdução efetiva da prática interdisciplinar em saúde possa contribuir de forma significativa na melhoria dos cuidados.

## 4.1 INTERDISCIPLINARIDADE

Hoje em dia, o termo interdisciplinaridade está mais presente no vocabulário científico. As primeiras percepções alusivas à interdisciplinaridade poderiam ser relacionadas a práticas ou experimentos realizados desde a antiguidade, advindos pelos trabalhos de Leonardo da Vinci (1452-1519), alcançando a propostas feitas por teóricos como Pascal (1623-1662), que afirma: *“eu considero impossível conhecer o todo se eu não conheço as partes e conhecer as partes se eu não conheço o todo”*. (PINHEIRO, 2009).

Ressalta-se algumas referências sobre a origem da interdisciplinaridade, segundo Japiassu:

"uma interna, tendo por característica essencial o remanejamento geral do sistema das ciências, que acompanha seu progresso e sua organização; outra externa, caracterizando-se pela mobilização cada vez mais extensa dos saberes convergindo em vista da ação". (Japiassu, 1976, p.42)

De acordo com Japiassu e Marconde:

“Podemos atribuir a Interdisciplinaridade como uma interação de duas ou mais disciplinas, com variações de graus de integração, de uma simples comunicação de ideias até a integração mútua de conceitos, da epistemologia, da terminologia, da metodologia, dos procedimentos, dos dados e da organização da pesquisa”. (Japiassu e Marconde, 1991, p.265).

Mas, para entendermos a interdisciplinaridade, é preciso compreender primeiro o significado do conceito de disciplinaridade, conceito primitivo que para Japiassu significa:

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

Utilizando este conceito de disciplina podemos estabelecer diferentes níveis de interdisciplinaridade, conforme o grau de integração das disciplinas que são reagrupadas num determinado momento. Vários autores têm estabelecido classificações diferentes para expressar as modalidades possíveis de interdisciplinaridade. Dentre elas, a mais conhecida é a distinção realizada por Erich Jantsch, que consta de cinco níveis:

- **multidisciplina:** justaposição de disciplinas diversas, com a intenção de esclarecer os seus elementos comuns, mas desprovidas de relação aparente entre elas;
- **pluridisciplina:** justaposição de disciplinas, mais ou menos vizinhas, nos domínios do conhecimento, visando a melhoria das relações entre elas. Ex: Física e Química; disciplinaridade;
- **cruzada:** abordagem baseada em posturas de força, em que a possibilidade de comunicação está desequilibrada, pois uma das disciplinas predomina sobre as outras;
- **interdisciplina:** interação existente entre duas ou mais disciplinas, em contexto de estudo de

âmbito mais coletivo, no qual cada uma das disciplinas em contato é, por sua vez, modificada e passa(m) a depender claramente uma(s) da(s) outra(s). Resulta em enriquecimento recíproco e na transformação de suas metodologias de pesquisa e conceitos; e,

- **transdisciplina:** é o nível superior da interdisciplinaridade, em que desaparecem os limites entre as diversas disciplinas; a cooperação é tal que se fala no aparecimento de uma nova macrodisciplina. Cita-se, como exemplo, a elaboração de marcos teóricos como a teoria geral dos sistemas, o estruturalismo, a fenomenologia, o marxismo.

Esse modelo de classificação pressupõe que os campos disciplinares são estruturas compostas por uma axiomática teórica e uma matriz metodológica, com princípios e conceitos decodificáveis, que interagem entre si, produzindo relações convergentes. Os campos disciplinares, no entanto, não são estruturas, mas sim instituídos por uma práxis.

O conhecimento científico é produzido dentro de uma rede institucional complexa, realizada por agentes contextualizados social e politicamente. Desse modo, são os sujeitos que interagem e não os campos disciplinares, através da comunicação entre os agentes em cada campo, por meio da circulação, não dos discursos, mas pelo trânsito dos sujeitos dos discursos (ALMEIDA, 1997).

Os campos disciplinares possuem enfoques particulares, a visão da realidade de cada campo é sempre reduzida ao olhar particular dos seus especialistas, no entanto na medida em que aumenta as interconexões com outras disciplinas, se amplia a visão, migrando de um olhar unitário para um olhar mais holístico. Desta forma a pesquisa interdisciplinar se faz com aproximações e interações dos métodos das diversas especialidades (JAPIASSU, 1976).

A necessidade destas conexões ressalta outro fato, que Japiassu chamou de “*patologia do saber*”, proveniente do exagero das especializações, que conduziram a uma situação patológica em que uma “*inteligência esfacelada*” produz um “*saber em migalhas*”. Nesse contexto, o esforço da integração através da interdisciplinaridade se apresenta como escolha pertinente. (JAPIASSU, 1976).

A ideia de um saber unitário sempre existiu na história do pensamento. Desde o mito para o homem pré-histórico, a ideia de cosmos para o grego, na Idade Média a aceitação de Deus criador, ampararam a unidade do saber e mantiveram a integridade epistemológica naqueles períodos, à qual correspondia uma pedagogia também unitária. Na tradição grega, e na Idade Média havia programas de ensino com modelo que traziam o conhecimento amplo voltado para formação da personalidade integral com articulação das disciplinas chamados respectivamente de *enkúklios paidéia* e *orbis doctrinae* (JAPIASSU, 1976).

Já no século XVIII, com o Movimento Iluminista a integração dos saberes ocorreu por uso da enciclopédia, que foi usada como modelo na defesa da unidade do conhecimento, e como expressão de uma nova atitude intelectual, caracterizada pela rejeição à autoridade dogmática sustentada pela Igreja. (TORRES, 1998).

Porém, a Modernidade, foi marcada pelo processo de desintegração crescente da unidade do saber. A era moderna foi um período com grande avanço cultural, quando se destacaram vários intelectuais, dentre eles Descartes (ALMEIDA, 1997). Descartes inaugurou definitivamente o pensamento moderno, ao indicar o uso disciplinado da razão como caminho para o conhecimento válido e definitivo da realidade. Formulou os princípios dessa nova forma de produção de saberes, caracterizado por uma série de operações de decomposição da coisa a conhecer, e pela redução às suas partes mais simples. Esse modelo é conhecido como modelo cartesiano e tornou-se um paradigma (MARCONDES, 1997). O paradigma cartesiano mostrou-se bastante adequado para construir e tratar objetos simples e proporcionou uma simbiose entre ciência e técnica, atendendo às necessidades da industrialização. Dessa maneira, abriu-se o caminho para a fragmentação do conhecimento, uma vez que as indústrias necessitavam urgentemente de especialistas para enfrentar os problemas e objetivos específicos de seus processos de produção e comercialização.

O século XIX consolidou o estudo das especializações, que adotam uma metodologia que lhe permite "esquartejar" cada totalidade, dividir o todo em pequenas partes por intermédio de uma análise cada vez mais fina. Ao dividir o todo nas suas partes constitutivas, ao subdividir cada uma dessas partes até aos seus mais ínfimos elementos, busca-se chegar ao conhecimento cada vez mais específico. Assim, estabelece o princípio que a ciência mais tarde poderá recompor o todo, reconstituir a totalidade, com a ideia subjacente de que o todo é igual à soma das partes (POMBO, 2005).

A busca do conhecimento cada vez mais específico, que norteia a proliferação de especializações tem produzido resultados notáveis. Não podemos recusar nem esquecer, que foi este procedimento analítico da ciência moderna que deu origem a todos os conhecimentos e a todo o bem-estar que lhe devemos hoje. Na área da saúde podemos salientar os avanços da biomedicina, a elaboração de vacinas, dentre outros.

Devemos considerar que na produção científica, existem grupos que desconhecem e ignoram o que o outro faz. Na visão institucional, a especialização tem consequências gravíssimas, potencializando a divisão interna em inúmeras comunidades de pares, cada uma com os seus congressos, revistas, bibliotecas, espaços institucionais, etc. (POMBO, 2005).

Apesar do avanço que a ciência alcançou com pesquisas especializadas, o progresso da investigação faz-se, atualmente não tanto no interior dos conhecimentos adquiridos de uma disciplina especializada, mas no cruzamento das suas hipóteses e resultados com as hipóteses e os

resultados de outras disciplinas. Ou seja, cada vez mais o progresso da ciência, sobretudo a partir da segunda metade do século XX, não se propaga de forma linear, resultante de uma especialização cada vez mais profunda, mas ao contrário, cada vez mais dependente da fecundação recíproca, da fertilização heurística entre disciplinas, da transferência de conceitos, problemas e métodos, de forma interdisciplinar.

É preciso reconhecer que algumas pesquisas demandam abertura para conhecimentos que pertencem ao domínio de outras disciplinas, com este cruzamento é possível aceder ao núcleo da realidade que se quer estudar. A ciência contemporânea necessita de um “salto heurístico”, salto esse que, por natureza, sempre esteve e continua a estar “*dependente de uma larga informação e cooperação interdisciplinar*” (DURAND, 1991). Ainda, segundo Durand, a interdisciplinaridade sempre teve um lugar decisivo na criação científica:

[...] os sábios criadores do fim do século XIX e dos dez primeiros anos do século XX (esse período áureo da criação científica, em que se perfilam nomes como os de Gauss, Lobatchevski, Riemann, Poincaré, Hertz, Becquerel, os Curie, Rutherford, Pasteur, Max Plank, Bohr, Einstein), tiveram todos uma formação largamente pluridisciplinar, herdeira do velho trivium (as humanidades) e do quadrivium (os conhecimentos quantificáveis e, portanto, também a música). (DURAND, 1991, p.36).

Percebe-se então um paradoxo “de um lado, um ensino cada vez mais especializado, do outro, um procedimento heurístico que necessita, sob pena de esterilidade, da interdisciplinaridade” (DURAND, 1991). Deve-se perceber que o progresso do conhecimento não ocorre somente pela especialização. O olhar transversal começa a fazer parte de um processo da ciência.

Deve-se abrir o campo de visão e olhar mais para os lados. A interdisciplinaridade está cada vez mais presente em nossas relações com o outro. Estamos vivendo uma situação de transição, mais ou menos conscientes, de inscrição nesse movimento. Portanto, “o todo não é a soma das partes”. Este simples enunciado permite a compreensão do modo de pensar a questão da interdisciplinaridade. É que, se o todo não é a soma das partes, o conhecimento fragmentado tem que ser completado, a especialização deve ser substituída em alguns casos, por uma compreensão interdisciplinar, capaz de atender a complexidade dos problemas, arranjos, e perspectivas múltiplas dos seus objetos de estudo. A especialização encontra os seus limites quando a ciência percebe que o todo não é a soma das partes (POMBO, 2005).

## **Interdisciplinaridade na saúde**

A área da saúde apresenta-se com uma área complexa, uma vez que seu objeto tem base conceitual situada em diversos campos, bastante distintos como a Física, Epidemiologia, Ecologia, Biologia, Sociologia, Antropologia, Psicologia, História, Ciência Política, Economia, Administração, Ética, Genética, Educação, etc.

A prestação da atenção na saúde em âmbito coletivo acentua sua complexidade, pois o objeto envolve não só a vertente biológica e social, como também o indivíduo e a comunidade, a política e a economia. Torna-se necessário um esforço interdisciplinar, que tem como consequência uma abertura conceitual (GOMES, 1994).

Dentro da área da saúde, é comum que a realização da ação ocorra através de um único tipo de intervenção (em nível social, biológico ou psicológico). Porém, o trabalho em equipe colabora para a efetivação do tratamento como um todo, por meio da obtenção de diferentes olhares sobre diversos fatores, que incidem no processo saúde-doença. Isto possibilita a troca de conhecimento e maior agilidade no atendimento às demandas. A omissão dessa visão pode transformar qualquer ação terapêutica numa prática fragmentada e, portanto, limitada.

A questão da interdisciplinaridade com o campo da saúde, no Brasil, deve-se em grande parte à reforma sanitária que criou, em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir desse momento, a saúde pública no país começou a consolidar uma posição de destaque nas políticas públicas.

Após o SUS, inicia-se uma reforma sanitária alargando o conceito de saúde. Segundo Moraes (2006), a ampliação deste conceito propõe uma prática em saúde interdisciplinar. A autora caracteriza as informações em saúde como fragmentada, em decorrência do modelo de política pública que utiliza artifícios para esconder contradições, desigualdades sociais, favorecendo interesses de acordo com as esferas do poder federal, estadual e municipal. Diante desta realidade, a abordagem interdisciplinar se apresenta com uma proposta de superação e compreensão mais profunda e abrangente da informação em saúde.

O conceito da interdisciplinaridade na área da Saúde pode ser utilizado para nortear as práticas de um trabalho em equipe, uma vez que o objeto de trabalho, a saúde e doença, envolvem concomitantemente: as relações sociais, as expressões emocionais, afetivas e biológicas, ou seja, condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos. No entanto, existem algumas dificuldades para a elaboração de uma proposta de trabalho interdisciplinar, na área da saúde, uma delas se evidencia na formação dos profissionais, onde a estrutura das instituições de ensino e pesquisa é concebida em departamentos, que em sua maioria, não se comunicam entre si, o que impede a operacionalização de conceitos, métodos e práticas entre as disciplinas.

Existe um mito de que: não há verdade sem deontologia, ciência sem poder, hierarquização de saberes, processos de competição, posição defensiva de segurança econômica, ideia enraizada de ciência “pura e imaculada”, são os fatores que conduzem ao progresso. No entanto, são considerados obstáculos à interdisciplinaridade no campo da saúde, visto que colaboram com a tradição positivista e biocêntrica no tratamento dos problemas de saúde. Neste contexto, podemos citar Gomes que diz:

“No trabalho interdisciplinar encontra-se tanto o desafio pertencente à busca da unidade na multiplicidade, quanto o desafio de aprender a lidar com as nossas próprias diferenças, assim como as dos outros, considerando-as não como entraves à nossa prática, mas sim, como ricas e estimulantes em suas peculiaridades”. (GOMES, 1994, p.103).

Todos estes são fatores que dificultam o desenvolvimento de uma abordagem interdisciplinar na área da saúde. Pode-se considerar que a integração dos diversos saberes, a mudança na formação do profissional de saúde juntamente com a humanização do atendimento em saúde, são pontos relevantes para a elaboração de um trabalho em equipe de cunho interdisciplinar.

No entanto, é preciso salientar que a efetivação do trabalho em equipe de cunho interdisciplinar não é algo fácil, simples e natural. Existem fatores extrínsecos e intrínsecos que podem vir oferecer facilidades ou empecilhos na sua execução. A relação entre a equipe/instituição/paciente/familiares surgem como exemplo de fatores extrínsecos. Já as particularidades dos membros como seus traços de personalidade, suas diversas formações profissionais, a concepção de valores pessoais, além de visões de mundo distintas e experiências anteriores de seus indivíduos, são o que denominamos como fatores intrínsecos. Esses aspectos influenciam na eficiência ou insucesso do trabalho.

A maneira tradicional da realização do trabalho em equipe é entendida como um trabalho conjunto realizado por profissionais de representando as diferentes disciplinas, onde cada uma trata de um tema comum (o paciente, no caso da atenção à saúde) por sua própria ótica. Esse tipo de abordagem é o que podemos denominar de multidisciplinar, onde existe a participação de diversas áreas do conhecimento, porém sem haver integração de saberes e práticas.

Logo, é essencial clarificar a forma como se dão as diferenças entre multi e interdisciplinaridade. Ambos são conceitos que se aplicam à educação, à pesquisa e, à prática profissional. No entanto, entendemos que, independentemente da forma como se compõem as equipes, a atenção à saúde pressupõe de maneira definitiva o progresso da prática multidisciplinar para a prática interdisciplinar. (LEMOS et al.,2012)

Ainda sobre as diferenças entre a prática multidisciplinar e a prática interdisciplinar, podemos sinalizar alguns aspectos, como a forma de atuação na prática clínica, como também as relações entre os membros da equipe, a modo como se institui o processo de comunicação na troca efetiva de conhecimento, independentemente do campo do conhecimento de cada profissional.

Portanto, a interdisciplinaridade precisa ser um projeto de equipe, baseado na reciprocidade, superação do individualismo e uma interrelação efetiva, onde a diálogo seja a ferramenta utilizada para o alcance do consenso.

Na constituição de um trabalho interdisciplinar, é necessário haver tolerância para a demarcação dos limites entre os papéis; é preciso ter mobilidade para congregar diversos profissionais com saberes e formações distintas, e ao mesmo tempo, permitir o envolvimento e participação de todos. Em geral, dentro de uma equipe interdisciplinar, as relações entre as diferentes funções são fruto de negociações e de acordos. (LEMOS et al.,2012)

Ressaltamos que a prática interdisciplinar não é fácil, uma vez que a fragmentação do saber tem sido a base na formação dos profissionais. Podemos dizer que ainda estamos caminhando para a superação desse modelo.

Portanto, para a melhoria no trabalho em equipe é fundamental que exista uma orientação por um projeto assistencial comum. Tornando indispensável o desenvolvimento de uma prática comunicativa orientada para o entendimento mútuo entre membros da equipe propriamente dita, instituição, pacientes/clientes, seus familiares e cuidadores. (LEMOS et al.,2012)

## 4.2 INTERDISCIPLINARIDADE E GERONTOLOGIA

A Gerontologia é um campo interdisciplinar que visa estudar as mudanças típicas do processo do envelhecimento e de seus determinantes biológicos, psicológicos e socioculturais. É um campo multiprofissional e multidisciplinar.

Podemos dizer que nas últimas décadas, devido o aumento do envelhecimento populacional, apresentou-se a necessidade de definição mais precisa dos limites e respectivas áreas de atuação dos profissionais, suas implicações, embora mantendo a perspectiva de integração (PAPALÉO NETO, 2002). Visto que, segundo Cott nenhum profissional da área da saúde é consegue, sozinho, atender todas as necessidades de um idoso (COTT, 1998).

A chamada Terceira Idade tem como característica um grande diversidade, entre si e em relação aos outros grupos etários. Em função desta particularidade é necessário, para sua compreensão, o emprego de vários enfoques, que não se limitem a somente uma área do conhecimento. Logo, culmina na integração de profissionais de diversas áreas no estudo do envelhecimento.

Os campos biológicos e psicossociais devem estar inclusos nos planos de tratamentos para a população idosa (PERRACINI; NAJAS; BILTON, 2001), o que acarreta uma intervenção múltipla, que precisará ser desenvolvida por uma equipe. Logo, são muitas profissões envolvidas no atendimento do idoso em diversos níveis de atuação. No entanto, a quantidade e quais

especialidades irão compor uma equipe são definidos de acordo com a necessidade do programa em que estão envolvidos e do perfil dos idosos (JACOB FILHO; SITTA, 1996).

Com o passar do tempo, e o avanço da idade, o ser humano apresenta algumas limitações no desempenho físico e aumentam as chances de manifestações de doenças crônicas. Essas doenças devem ser acompanhadas e tratadas no decorrer dos anos, visto que, podem provocar complicações e deixar sequelas que comprometem o funcionamento normal do organismo. Assim, a prevenção, reabilitação da saúde, ou seja, programas de promoção da saúde devem ser elaborados para identificar as moléstias crônicas e diminuir o risco que o agravamento das perdas físicas, e desta forma evitar o aumento da incapacidade e dependência da população idosa.

Utilizando essa abordagem preventiva, as ações interdisciplinares são desenvolvidas com intuito de reduzir quadros de fragilidade. Assim, possibilita melhorar a qualidade de vida de pessoas com idade avançada. E alguns autores com Papaléo Neto apontam que prevenção é o principal foco de intervenção do trabalho interdisciplinar, seguida da reabilitação. Isto sinaliza que o enfoque na intervenção interdisciplinar está alinhado com o conceito de promoção de saúde da OMS, e das diretrizes do SUS, que inserem a prevenção de doenças dentro do escopo da prática do cuidado.

Em virtude de seu objeto, o tratamento do envelhecimento, a Gerontologia tem a necessidade de uma abordagem holística capaz de alcançar toda a complexidade e dar conta dos problemas inerentes a sua área de atuação.

Desta forma, a Gerontologia é capaz de recombina, reconstruir, elaborar a síntese de diversas disciplinas do conhecimento, incorporando-lhes aqueles elaborados em sua práxis. Não se trata de redução das ciências a um denominador único, mas à articulação de seus conteúdos, configurando um estatuto coerente e científico acerca do envelhecimento (LEMOS et al., 2012).

Neste contexto, em razão da complexidade que envolve o cuidado ao idoso, uma área do conhecimento, isoladamente, que estude o envelhecimento não consegue explicá-lo como um todo. Enquanto que a Gerontologia, por sua natureza interdisciplinar, tem instrumentos capazes de preencher as lacunas até então desconsideradas pelas particularidades de cada área.

Neste sentido, podemos apontar que para compreender a integração interdisciplinar é preciso estabelecer um processo reflexão, consciente, onde abarque as relações entre os profissionais e destes com o idoso e seus familiares. Um ideal nunca finalizado na íntegra, devido a mudanças constantes na troca entre os sujeitos, porém com chances reais de orientação para o progresso científico da gerontologia (CAMACHO, 2002).

Dentro da base da Gerontologia, em sua constituição, estão enraizados elementos técnicos e científicos de diversas áreas do conhecimento. Esses elementos servem de instrumentos para atender determinadas necessidades, o que estabelece uma abordagem interdisciplinar em sua gênese, no fundamento da própria produção do saber e da própria ação interventiva (LEMOS et al.,

2012).

Na abordagem interdisciplinar, existe conexão entre as disciplinas, com reciprocidade de informações e resultados. Isto gera evolução para cada disciplina, há uma troca entre as disciplinas, cujo objetivo é religar as fronteiras, contudo garantindo a cada uma a sua especificidade (FERIOTTI, 1995). Devido a Interdisciplinaridade integrar e relacionar conhecimentos de diversas áreas faz-se indispensável individualizar a natureza das disciplinas, para efetivar a conexões de acordo com os conhecimentos produzidos por cada área do saber. A interdisciplinaridade é um processo em formação, que não deve ser entendido como abandono ou negação do conhecimento adquirido, mas no sentido de recontextualizá-lo dentro de um todo.

Logo, a Gerontologia como área de conhecimento específico acerca do envelhecimento, interage e articula com diversas áreas, podendo estabelecer desde uma comunicação de opiniões até a conexão de conceitos, onde também pode realizar integração de saberes com formulação de um determinado conhecimento.

Assim, destacamos a comunicação como um aspecto importante no trabalho a interdisciplinar, inerente à prática do cuidado na Gerontologia. A comunicação suscita nexos entre as disciplinas, com a finalidade de produção de novo conhecimento ou busca de resolução de algum problema.

Portanto, identificamos a interdisciplinaridade como parte integrante da prática gerontológica, em razão das características da interdisciplinaridade, de conectar as implicações de múltiplas especialidades, agrupando os desenhos conceituais de análise, instrumentos e técnicas metodológicas de assistência de cada área. Mantendo como elemento central a relação do cuidado ao idoso. Tal fator fornece a ideia de ligar a teoria à prática gerontológica, não se tratando de conhecer por conhecer, mas de expandir o conhecimento científico a uma cognição prática, compreendendo-a com possibilidades reais de mudança.

Neste contexto, em um trabalho de equipe para atendimento gerontológico, é intrínseca a estrutura interdisciplinar, onde atuam diversos profissionais de saúde. Isto permite reflexões sobre a maneira de compartilhar os conhecimentos. E a partir desta concepção, repensar a forma pela qual se assiste o cliente idoso, evitando-se atitudes egoístas, fragmentadas, que não corroboram a práxis e o conhecimento acerca da Gerontologia.

Portanto, precisamos pensar sobre as práticas dos profissionais que atuam no atendimento ao idoso. Os motivos que corroboram para que alguns profissionais de saúde adotem práticas individualistas, sem articulação com outros saberes, mesmo diante de problemas complexos, onde somente uma área do conhecimento não consegue alcançar uma solução satisfatória.

Uma possibilidade de mudança é alteração na consciência entre os profissionais, com a aceitação do outro como igual, com respeito mútuo, pode conduzir a um tratamento integral com a priorização do cuidado ao idoso.

O tratamento voltado para o envelhecimento não consegue ser explicado apenas por uma única área do conhecimento. Qualquer área do conhecimento tem o seu encerramento epistemológico, que impõe determinados limites. No entanto, a Gerontologia, com o estabelecimento em comum, ou seja, interdisciplinar de suas áreas, favorece o preenchimento de lacunas para as dificuldades sociais, psicológicas, físicas e psíquicas do cliente idoso. Esta interação promove um novo olhar, com inúmeras possibilidades de conexões e construção de novos conhecimentos, o que até então, parecia insólito.

A instauração de um novo nível de discurso para a interação entre os profissionais da área de saúde em relação ao cliente idoso caracteriza-se por uma abordagem com novas relações disciplinares. Isto provê caminhos para o conhecimento, reconhecendo a interdisciplinaridade como forma de apreender a sua relação com aspectos da realidade do idoso. Com a ideia de estar em contínua renovação, nunca finalizado na íntegra, porém com verdadeiras possibilidades de orientação para a evolução científica das áreas profissionais que se articulam.

Neste contexto, podemos verificar um novo olhar para Gerontologia como uma área ampla e diversas brechas a serem preenchidas pelas disciplinas que a compõem. Essa compreensão transcende a visão tradicional, em relação à clientela idosa, proporcionando novos caminhos para a prática do cuidado a partir da conexão de diversos saberes com um objeto único, no processo de busca e construção do conhecimento na Gerontologia.

Podemos sinalizar que existem várias tentativas de mudança em instituições, que visam transcender as dificuldades e aceitar os desafios que a terceira idade nos fornece continuamente. Dessa forma, em comum sintonia, é importante articular as diversas disciplinas (Enfermagem, Nutrição, Medicina, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Musicoterapia, Terapeuta Ocupacional, Psicologia, entre outras) numa só maneira de lidar com as transformações políticas, sociais, culturais e econômicas que o país sofre atualmente.

Nesse viés, a ampliação da abordagem interdisciplinar, presente na gerontologia, pode ser utilizada como uma ferramenta na melhoria dos serviços de saúde através do desenvolvimento de trabalhos em unidades hospitalares e em comunidades. Além de atividades realizadas na busca de integração de práticas, cujos resultados que venham a somar conhecimentos e redundar em esforços, no processo de desenvolvimento da área da saúde. Utilizando o estabelecimento de diálogos construtivos, em encontros de pesquisas, seminários e reuniões, trabalhando sempre a diversidade, no intuito de atender a complexidade e a dinâmica social relacionada, atualmente, ao idoso.

Devemos salientar também, que para avaliar a eficácia da intervenção no trabalho em equipe, faz-se necessária a pesquisa experimental, que é a forma utilizada para testar efeitos de ações e hipóteses sobre relações de causa e efeito, sendo útil para o desenvolvimento de novos

conhecimentos (LOBIONDO; HABER, 2001). Os resultados de tais estudos promovem a validação da prática clínica e os fundamentos lógicos para alterar aspectos específicos da atuação profissional. Para as pesquisas sobre desempenho de equipe interdisciplinar, o valor do emprego do desenho experimental está na constatação dos benefícios dessa atuação, e consequente utilização dessa abordagem nos serviços de saúde destinados à população em geral e, principalmente, aos idosos. Ainda, devemos acrescentar alguns aspectos nessa avaliação, como a contenção de gastos, que tornou cada vez mais importante medir os custos relativos e os benefícios de novos programas de atendimento (relação de causa e efeito), incluindo aqui o atendimento interdisciplinar.

Entender a integração interdisciplinar é passar por um processo reflexivo, consciente, que envolve relações de compromisso entre profissionais de saúde em relação ao cliente idoso e seus familiares, articulando uma finalidade comum do atendimento à saúde.

Os resultados da pesquisa de Papaléo Neto (2006) sinalizaram algumas características da interdisciplinaridade dentro de um trabalho em equipe. Uma das particularidades apontadas foi a visão da prática interdisciplinar ocorrer em discussões e reuniões entre os membros da equipe. Neste sentido, alguns autores como Jacob Filho e Sitta (1996), citam as reuniões de equipe como ações de grande importância, e que necessitam de local, frequência, datas e horários estabelecidos previamente. Os profissionais que participarem dessas reuniões formais podem debater tanto o diagnóstico quanto a proposta de plano de atuação. Estes espaços também devem ser utilizados, para entre os membros da equipe, avaliação das ações empregadas e acompanhamento do desempenho individual ou coletivo.

Outra característica apontada foi a dificuldade de efetivar a integração da equipe durante a intervenção, ou seja, da efetividade na prática clínica da ação interdisciplinar. Um dos fatores relacionados foi carência de profissionais com perfil interdisciplinar, que tenham ações que permitam atuar em conjunto.

Neste sentido, alguns estudos sinalizam que a inter-relação entre os profissionais da saúde traz benefícios surpreendentes aos idosos. Apontam que pacientes com acidente vascular encefálico (AVE), que foram submetidos ao tratamento por uma equipe geriátrica, conseguiram obter um potencial de reabilitação completo em menor espaço de tempo dos pacientes que receberam tratamento convencional. (SHINKAI; CURY, 2000; SILVESTRE; NETO, 2003).

Para a configuração de um trabalho interdisciplinar é preciso que um grupo de profissionais que formem uma equipe se reúna com frequência regular para o debate sobre objetivos, metas e desempenho. Além da efetivação do plano de ação em conjunto, a partir destas premissas pode-se falar de equipe interdisciplinar. (ORTIZ; RODRIGUEZ, 1992).

No entanto, não é uma tarefa fácil trabalhar em equipe com abordagem interdisciplinar, muitas vezes na prática o trabalho acaba se tornando multidisciplinar, onde não é realizado o fazer

em conjunto. Para cada configuração de equipe existem particularidades devido aos serviços prestados, assim não existe a descrição de uma regra básica de procedimentos. Compete a cada equipe constituir seu programa, delinear seus objetivos e estratégias para conseguir os resultados desejados. Essa subjetividade, inerente ao trabalho em equipe, certamente é um fator que contribui para dificultar ainda mais essa forma de trabalho.

Segundo Feriotti (1995) a interdisciplinaridade, tão aclamada atualmente, é considerada como uma tarefa ou um desafio. Mesmo na Gerontologia, que possui o caráter interdisciplinar intrínseco, a efetivação da prática em conjunto ainda esbarra no perfil dos profissionais, e na comunicação entre os sujeitos. Neste contexto, visualizamos a informação como elo entre os sujeitos. Sendo a comunicação, a ferramenta utilizada para a troca e produção de conhecimentos.

## 5 DA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE AO TRABALHO EM EQUIPE

O emprego da palavra Interdisciplinaridade nos dias de hoje, na maioria das vezes não corresponde ao seu sentido. Por exemplo, convidar diversas pessoas de várias disciplinas e colocá-las à volta de uma mesa, com cada participante falando por vez, não permite dizer que a ação é interdisciplinar (POMBO, 2005). Isto está relacionado com a capacidade de cada um de transpor os próprios princípios e aprender, ou seja, repensar através de novas abordagens sobre um mesmo conceito. Logo, para que ocorra interdisciplinaridade deve-se realizar um trabalho abarcando as diversas disciplinas, representadas por cada sujeito, cujos efeitos ninguém possa prever, e cujos resultados potenciais não poderiam ter sido produzidos individualmente (NAMEN; GALAN, 2011).

Algumas condições são necessárias para que ocorra a efetivação da interdisciplinaridade, uma delas é o desenvolvimento da sensibilidade, com a prática na *“arte de entender e esperar, um desenvolvimento no sentido da criação e da imaginação”*. (FAZENDA, 1996, p.8).

A realização de um projeto interdisciplinar inclui indagações sobre o sentido, a conexão e as colaborações entre as disciplinas. Nesta visão, a interdisciplinaridade é chamada a demandar um novo tipo de questionamento sobre o saber, sobre o homem e sobre a sociedade, um esforço por aproximar, comparar, relacionar e integrar os conhecimentos.

As atividades dos profissionais da saúde são fundamentalmente desenvolvidas pelas relações interpessoais entre os profissionais e usuários. Caracteriza-se por ser um trabalho reflexivo e dependente da associação de conhecimentos diversos: científico, técnico, derivado de experiências do trabalho, experiências sociais e de valores ético-políticos. Distinguem-se também de outras formas de trabalho pela sua complexidade em virtude: da diversidade profissional de seus atores e interesses, das tecnologias, da composição do espaço; pela heterogeneidade devido à variedade de processos de trabalhos coexistentes; e pela fragmentação conceitual, do pensar e fazer, da técnica

(pluralidade profissional) e social (divisão social do trabalho e entre as categorias).

A formação do profissional tradicional é um modelo voltado para a qualificação, que objetiva doutrinar o trabalhador e ensinar-lhe um ofício, técnicas que compõem um processo produtivo, relacionando conhecimentos e destrezas necessários para colocá-lo em funcionamento. Com as mudanças atuais no mundo do trabalho, se passou a valorizar a subjetividade e o saber tácito, a qualificação real passa a se contrapor à formal. Assim, competência é:

[...] capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas, necessários para o desempenho de uma determinada função ou atividade, de maneira eficiente, eficaz e criativa, conforme a natureza do trabalho. Capacidade produtiva de um indivíduo que se define e se mede em termos de desempenho real e demonstrado em determinado contexto de trabalho e que resulta não apenas da instrução, mas em grande medida da experiência em situações concretas do exercício ocupacional”. (GLOSSÁRIO DA OIT, 2002, p.22).

Segundo Perrenould, a capacidade de mobilização de conhecimentos *que “supera o tatear reflexivo e aciona esquemas constituídos”* merece destaque. A reunião de esquemas constituídos que possibilitam práticas adequadas a situações renovadas dá-se o nome de *“habitus”*. O *“habitus”* influencia a reflexão, pois a conscientização e o pensamento formal passam pela formulação de esquemas de pensamento, avaliação e julgamento, os quais podem ser empregados em contextos diversos. Logo, competência significa a elaboração de arranjos e esquemas que possibilitam utilizar os conhecimentos, no momento oportuno e com discernimento. A competência seria a mobilização destes esquemas cognitivos, a capacidade de agregar conhecimentos subjetivos. Isto corrobora de forma significativa na participação e criação de ambientes formais de trabalho interdisciplinares, onde o sujeito deve estar pronto, para tecer o conhecimento através do diálogo, aliado a olhares diversos com experiências práticas sociais variadas (MOTTA, 2007).

O modelo vigente na formação profissional, para a área da saúde, reforça a formação clínica na vertente do campo biomédico, que reduz o social para segundo plano. Porém, nas últimas décadas, segundo Nunes, a interdisciplinaridade tem sido trazida para construção de propostas pedagógicas de compartilhamento do conhecimento, relacionado às ciências biológicas e sociais (NUNES, 1995).

As dificuldades não se limitam ao campo epistemológico, mas de vencer as barreiras que historicamente vêm privilegiando uma determinada maneira de formar recursos humanos.

A organização do trabalho em equipe inclui ações que promovam a integralidade e a intersubjetividade. Entretanto é necessária a criação de espaços onde seja possível a produção de mudanças práticas na assistência, e nos cuidados provenientes de relações interdisciplinares. Os profissionais que constituírem uma equipe não devem apenas interagir cordialmente ou compartilhar uma mesma situação de trabalho, é necessário um investimento na articulação das ações, mantendo as particularidades de cada participante da equipe. Esta atitude requer o

reconhecimento do trabalho do outro, pressupondo uma concepção ampla do processo saúde-doença (NUNES, 1995).

No trabalho em equipe a admissão do outro como igual, e a integralidade sinalizam uma ruptura de valores tradicionais na saúde, como hierarquia, distribuição de categorias profissionais e compartimentalização do saber. Para que ocorra integralidade é imprescindível à permuta de conhecimentos. Na interdisciplinaridade a troca de conhecimentos é essencial para a construção de práticas integrais. A interdisciplinaridade refere-se à socialização do conhecimento e ao engajamento dos profissionais em colaborar com seus conhecimentos na resolução dos problemas, superando as fronteiras disciplinares, e assim, servindo como alternativa de resposta à complexidade dos processos de saúde e doença.

A inclusão de práticas interdisciplinares na formação do profissional de saúde perpassa por profundos desafios, como o desenvolvimento de ações que permitam a flexibilidade dos mandatos sociais e revisão das legislações profissionais, bem como a ampliação destas práticas no desenvolvimento dos profissionais, buscando uma nova capacitação hábil de enfrentar novos desafios teórico-práticos. Além, da inclusão do conceito interdisciplinar no que tange a integração de ensino-pesquisa-extensão, há a democratização da hierarquia institucional e a possibilidade de quebra das defesas corporativas, permitindo a troca e o aprendizado.

No campo da saúde, a interdisciplinaridade acena como uma possibilidade da compreensão integral do ser humano no contexto das relações sociais e do processo saúde-doença. A construção do trabalho ultrapassa a mera renovação de estratégias educativas, necessitando ser consolidada pela reestruturação acadêmica e institucional via o compromisso com as necessidades sociais de saúde.

O trabalho desenvolvido dentro de uma concepção coletiva, ou seja, em equipe, conjuga a elaboração de novas estruturas conceituais que ultrapassam estruturas disciplinares de origem, agrupadas e sintetizadas de forma a configurar uma nova totalidade. Seu campo de saber, competências e responsabilidades confluentes às diversas profissões são caracteristicamente intersetoriais, com a participação potencial de todas as ciências que estudam e atuam na assistência e no cuidado em saúde. Assim, enfocar as competências na atuação conjunta, objetiva novos recortes do conhecimento e sua contextualização no processo social e na prestação de serviços. Inclui a capacidade de atuação frente à imprevisibilidade e diversidade de situações, o trabalho em equipe multiprofissional com a mobilização de conteúdos diversos busca a atuação integral ao nível do profissional de saúde, das estruturas organizacionais, e dos arranjos políticos.

Um fator que influencia diretamente o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar é, sem dúvida, a formação acadêmica. A formação tradicional que o profissional de saúde recebe

durante o curso de graduação, está baseada em modelos estáticos, com currículo rígido e pouco conectada com as reais necessidades da população.

Para uma mudança neste panorama é fundamental o planejamento das ações educativas para prática em serviço em equipe. Enxergamos estas deficiências como resultado de um ensino que não prevê, em sua grade disciplinar, um ambiente para o desenvolvimento de trabalho coletivo, onde cada futuro profissional seja capaz de conceber espaços de atuação conjunta, ainda dentro da Universidade. Acrescentamos à questão da formação a existência do isolamento interno dos diversos saberes na área da saúde em função da ênfase à especialização, prejudicial à humanização da atuação profissional, conforme reconhece o Departamento de Gestão da Educação na Saúde do próprio Ministério da Saúde, quando nos refere, em seu documento de instituição das diretrizes para a organização dos Polos de Educação Permanente em Saúde, que:

A formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando à formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com realidades complexas. Formam-se profissionais que dominam diversos tipos de tecnologias, mas cada vez mais incapazes de lidar com a subjetividade e a diversidade moral, social e cultural das pessoas. Também são incapazes de lidar com questões complexas como a dificuldade de adesão ao tratamento, a autonomia no cuidado, a educação em saúde, o sofrimento da dor, o enfrentamento das perdas e da morte, o direito das pessoas à saúde e à informação ou à necessidade de ampliar a autonomia das pessoas.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p.4).

A valorização destes espaços de interação profissional abriria uma alternativa à execução, na prática, de um trabalho verdadeiramente interdisciplinar, conforme definição de ETGES, quando nos diz que:

“A interdisciplinaridade é o princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão dos seus limites, mas, acima de tudo, é o princípio da diversidade e da criatividade (...) não podendo jamais ser elemento de redução a um denominador comum, mas elemento teórico-metodológico da diferença e da criatividade”. (ETGES, 1993, p.18)

No entanto, alguns estudos apontam para uma realidade totalmente distinta, na prática o trabalho em equipe se aproxima mais do que podemos rotular como pluridisciplinar, onde os conhecimentos profissionais dos componentes das equipes não se integram, reproduzindo o que foi aprendido nos bancos universitários. Geralmente há uma dificuldade de interação entre os profissionais da saúde, médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, fonoaudiólogos, etc. Visto que cada um teve uma formação segundo os princípios éticos e corporativos de cada profissão, desconhecendo os potenciais que existem em cada componente da equipe.

Esta falta de integração e comunicação entre os profissionais se relaciona fortemente com formação, ou seja, a partir da graduação, pois cada profissional se forma com pouca ou nenhuma interação com outros profissionais da saúde. Falta um ambiente comum de atuação que permita a troca de conhecimentos e possibilite a ação coordenada para atingir um objetivo uníssono.

Além destes fatos, as composições dos currículos dificultam a integração entre as diversas disciplinas básicas e clínicas/profissionalizantes dos cursos da saúde, com seu caráter biologista, transformam o profissional num técnico e o paciente num objeto de intervenção e estudo, sem personalidade e sem alma (CUTOLO, 2001).

No entanto, ressalta-se a iniciativa do Conselho Nacional de Educação, que em novembro de 2001 instituiu novas diretrizes curriculares, com a finalidade de atender a nova tendência à formação de profissionais generalistas, com formação mais ampla, sem ênfase na especialização. Essa ação teve o intuito de levar a uma modificação do perfil profissional promovendo o aprendizado para atuar em conjunto, dentro dos parâmetros do modelo preventivo e de promoção à saúde preconizada pelo Ministério da Saúde.

A partir das novas diretrizes curriculares e de sua implantação nos cursos de saúde, será possível vislumbrar uma intervenção na composição e construção de uma cultura mais geral de convivência multiprofissional, ainda nos campos universitários, mantendo às peculiaridades de cada profissão, trabalhando e interagindo dentro de uma equipe, a fim de modificar os atuais padrões de atuação profissional para outro com características interdisciplinares. No entanto, Gomes (1997) citado por Cutolo reforça que:

(...) a interdisciplinaridade não deve ser confundida com a estrutura de uma equipe multiprofissional. Ela emerge não da sua composição, mas da sua funcionalidade, que certamente dependerá, a nosso ver, da forma como cada profissional percebe e se apropria do seu saber, da sua profissão, das suas funções, dos seus papéis e, também, das expectativas que possa ter em relação ao outro, em relação à sua tarefa e em relação à sua vida. (CUTOLO, 2001, P.38)

Com esta abordagem, de formação mais abrangente e humanística, será potencializado a capacidade do profissional de saúde de interagir, e recorrer aos colegas para promover ações em conjunto, a partir do conhecimento do que cada um pode realizar para uma melhor atuação coletiva. A partir desta perspectiva, considera-se que o saber construído de maneira interdisciplinar propicia, ao profissional de saúde, condições de entender o homem como um todo. O que provoca o desenvolvimento de uma visão profissional que transcende a especificidade do seu saber. Isto clarifica o entendimento das implicações sociais, decorrentes da sua prática, para que esta possa se transformar realmente num produto coletivo eficaz. Esta visão contribui para a pulverização da hegemonia de determinados saberes sobre outros.

A interdisciplinaridade na área da saúde apresenta-se como alternativa para realização de mudança nas práticas profissionais que, por sua vez, podem levar a uma melhor operacionalização dos princípios do SUS, tornando reais conceitos como universalidade, equidade e integralidade. Estes princípios podem vir a ser o motor da transformação conceitual do (in)consciente coletivo da população, com ênfase à prevenção e à promoção, em detrimento do cuidado meramente curativo e imediatista, ainda vigente em nossa sociedade.

Portanto, acreditamos que a introdução dos princípios da interdisciplinaridade na formação de profissionais na área da saúde, pode contribuir de forma significativa na transformação do trabalho, realizada pelas diversas profissões, em um trabalho coletivo em saúde. Além de colaborar na redefinição dos rumos a serem tomados em relação ao ensino, pesquisa, e currículos de cada curso de saúde. Com a construção de espaços de troca de conhecimentos, técnicas e práticas que levem a um novo paradigma ético do trabalho em saúde.

## 5.1 TRABALHO EM EQUIPE

O trabalho em equipe possui um caráter dinâmico e pode ser configurado em trabalhos integrados ou mero agrupamento de profissionais. Desta forma, podem-se elucidar questões sobre a construção de equipes, com base na mudança das práticas de saúde e dos valores subjacentes, dentro de uma trajetória que perpassa entre a fragmentação, hierarquização, trabalho individualizado, à integração, democratização das relações de trabalho, integralidade e cuidado em saúde.

No trabalho em equipe, entende-se que a intervenção busca promover mudança nas práticas de saúde, a partir da integração das ações de saúde e dos trabalhadores. Com intuito de assegurar que assistência e cuidado correspondam, de forma satisfatória no sentido ético, técnico e comunicacional, às necessidades de saúde dos usuários.

Na pesquisa sobre o tema “trabalho em equipe” muitos dos estudos encontrados, na literatura nacional, fazem referência ao Programa de Saúde da Família (PSF), que é uma proposta de trabalho do Ministério da Saúde para implantação e implementação do Sistema Único de Saúde e vem sendo apresentado como alternativa institucional para mudança de modelo assistencial (BRASIL, 1996). A proposta do PSF é a de uma equipe composta minimamente por um médico generalista, 4 a 6 agentes comunitários de saúde, 2 trabalhadores de saúde bucal (um conjunto para cada duas equipes), dois auxiliares de enfermagem e um enfermeiro, cuidando de 800 a 1000 famílias descritas a uma área de abrangência (BRASIL, 1996). O PSF apresenta o trabalho de equipe como proposta dentro de uma das prerrogativas estratégicas para a transformação do modelo contemporâneo de assistência em saúde (PEDUZZI, 2000).

Na pesquisa em literatura estrangeira, grande parte dos estudos encontrados faz referência ao trabalho em equipe, voltados para o tratamento de pessoas com câncer. A proposta de trabalho tem semelhança com a proposta PSF, no que tange a prática de uma equipe interdisciplinar. Os estudos fazem referências a composição de equipes multidisciplinares, um grupo com membros de diferentes disciplinas, cada um com prestação de serviços específicos para o paciente, com o objetivo de garantir que o paciente receba o cuidado ideal. A importância de uma equipe

multidisciplinar foi particularmente destacada pelo relatório Calman-Heine de 1995, que sugere na sua recomendação que cada unidade de tratamento de câncer em um hospital deve dispor de mecanismos para a entrada oncológica não cirúrgica em serviços, com um papel para oncologistas não cirúrgico, além de um clínico para organizar e coordenar toda a gama de serviços oncológicos prestados dentro da unidade de câncer. O relatório também incluiu a participação de outras especialidades como fisioterapia, enfermagem, nutricionista, terapia ocupacional, assistência religiosa e os serviços sociais. Desde que este relatório foi publicado, as equipes multidisciplinares para pacientes com câncer aumentaram sua representatividade, e estão agora estabelecidas em muitos hospitais em toda a Inglaterra e País de Gales.

(JNR, 2011)

No trabalho empírico do presente estudo, a equipe analisada, denominada como Alfa é formada por 10 profissionais de saúde: um médico (coordenação), dois outros médicos, uma psicóloga, uma nutricionista, uma musicoterapeuta, uma assistente social, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem que atuam como coordenadoras, supervisionando as equipes de enfermagem, as alas atendidas pela equipe alfa. No entanto, somente uma das auxiliares participou da maioria das reuniões, o que invalidou a participação da outra profissional. A instituição de estudo, CGABEG, possui 6 alas, no entanto nos atemos somente nas alas Azul e Amarelo. (o nome das alas é fictício, maiores informações sobre esta opção estão nas considerações éticas).

Saliento que a enfermeira chefe também é responsável por coordenar outras equipes de técnicos para atendimentos de outras alas, e que a musicoterapeuta e a psicóloga também atendem a pacientes de outras alas.

Na rotina do trabalho em equipe, a articulação e o posicionamento de cada membro desencadeiam resultados tanto na forma como a equipe se organiza, quanto nos papéis e poderes assumidos pelos seus membros, peças importantes na configuração do cuidado e atendimento prestado (PEDUZZI, 2001; CECILIO, 2001).

A participação de cada membro numa equipe é construída pelos aspectos técnicos, profissionais, e também, por questões pessoais e subjetivas, que pode-se chamar de personalidade do sujeito. O poder muitas vezes está ligado ao cargo, sobretudo não é uma regra, em alguns casos é dado por questões políticas ou de perfil. É importante conhecer os mecanismos de engajamento dos profissionais nos projetos do grupo, bem como os de reconhecimento do papel de cada um deles, a mobilidade e formação da equipe, a fixação e adesão aos projetos, pois todos são fatores que determinam como cada profissional se insere na equipe e quais ações ele exerce. (PEDUZZI, 2009)

Desta forma, coloca-se para os profissionais de saúde o desafio do trabalho em equipe, para que realizem o que desconhecem, precisam desbravar, criar, inventar, o que pode tornar ainda mais complexas as relações entre os trabalhadores.

Existem distintas maneiras de se considerar trabalho em equipe e também diferentes intuítos para sua proposição. De uma maneira geral, os estudos que versam sobre o trabalho em equipe na saúde referem-se ao conjunto de trabalhadores de um mesmo estabelecimento, os quais são referidos como equipe apenas por trabalharem juntos. Mas, há também, referências a essa modalidade de trabalho como possibilidade de realização do atendimento integral, e da articulação dos saberes e disciplinas necessárias para o atendimento em saúde, ou seja, interdisciplinares. (FORTUNA, 1999; PEDUZZI, 1998).

Nessa segunda vertente, não se considera o trabalho de equipe relacionado apenas a uma categoria profissional. Consideramos o trabalho de equipe como possibilidade de “recomposição” do trabalho em saúde numa outra direção, a da interdisciplinaridade. Uma forma de trabalho, que se diferencie da tradicional, em que o usuário chega com uma queixa ao serviço, passa por diferentes trabalhadores, cada um fazendo uma parte do atendimento. Assim, a queixa é decodificada e transformada numa conduta normalmente medicalizante, ou seja: são prescritos remédios e atitudes individuais descontextualizadas, que nem sempre são seguidas e nem sempre impactam positivamente na saúde daquela pessoa ou daquelas pessoas, que vivem e moram na área onde a unidade de saúde se propõe a atuar.

Ainda neste contexto, devemos considerar dentro do área da saúde uma complexa equação, de um lado seu caráter humanista e do outro seu efeito de produção. Os serviços de saúde produzem algo que não é material, não possui uma forma concreta e, no entanto, interfere diretamente na maneira de viver do indivíduo. A esse bem não material são atribuídos diferentes significados, por pessoas diferentes, em diversas etapas de suas vidas, em diferentes culturas, e mesmo em distintos momentos da história da humanidade.

Os profissionais de saúde tem a tendência de colocar em primeiro plano, ações de cunho curativo/imediatista. As ações de caráter preventivo, educativo, psicossocial, comunicacional, são muitas vezes, excluídas na elaboração de um projeto assistencial e terapêutico que sinalize para a substituição da racionalidade biomédica pela integralidade da saúde (PEDUZZI, 1998).

O crescente reconhecimento da integralidade da saúde relaciona-se não somente com o trabalho em equipe de saúde, mas também com os novos modelos de gestão, que buscam a racionalidade dos recursos, para equacionar as necessidades crescentes dos usuários, juntamente com o envelhecimento da população e aumento das doenças crônicas. Assim, observa-se que a proposta do trabalho em equipe na saúde está fundamentada num cenário com duplo caráter: por um lado, responder às necessidades de integração das disciplinas e das profissões com vistas a atenção integral à saúde e, por outro, racionalizar a assistência médica.

Nesse contexto, é preciso entender a intencionalidade e a racionalidade que norteia o trabalho em equipe de saúde, já que o trabalho em equipe fundamentado na tradição biomédica é

ancorado na medicalização da saúde e na mercantilização dos serviços; e o trabalho em equipe orientado pela integralidade e pela interdisciplinaridade da saúde, é fundamentado nas necessidades de saúde dos usuários e da população. Essa identificação da orientação que norteia o trabalho em equipe demanda uma análise dos processos específicos de cada uma das atividades que o compõem, com base na sua dimensão tecnológica e técnica, destacando os instrumentos materiais e imateriais do trabalho e nos resultados que propõe produzir.

O trabalho em saúde produz um bem não material que não se armazena, não é possível deixar saúde guardada nas prateleiras, o trabalho em saúde também produz os trabalhadores e a equipe. Muitas vezes escutamos e falamos que determinado trabalho em um dado lugar mudou nosso jeito de ser. As interações nos modificam, as relações de trabalho interferem na relação do indivíduo com a sociedade.

Portanto, trabalhar em equipe não é simplesmente juntar um conjunto de trabalhadores contratados atuando numa mesma área, aparentemente com um objetivo comum. No trabalho, acontecem relações que, às vezes, são difíceis de compreender, e que podem deixar os trabalhadores muito longe daquilo que pretendem realizar, como, por exemplo, um atendimento integrado e humanista.

Deve-se ressaltar que compartilhar o mesmo ambiente e situações de trabalho, e estabelecer relações pessoais cordiais para se alcançar a integração dos respectivos trabalhos especializados, tendo em vista a integralidade da saúde, não é o suficiente para constituir uma equipe integrada. O trabalho em equipe multiprofissional se constitui por meio da relação recíproca, entre as ações e interações realizadas pelos profissionais, visto que a comunicação é o veículo que possibilita a própria articulação (PEDUZZI, 1998; 2001).

Desta forma, analisamos a equipe como um processo de relações a serem permanentemente “olhadas”. Pelos próprios trabalhadores e com múltiplas possibilidades de significados. Podemos dizer que o trabalho em equipe vai se constituindo no seu fazer de todo dia, e precisa ser analisado, pois passa por momentos de dificuldades, de paralisação, de satisfação, enfim um processo de idas e vindas em diversas direções.

O profissional que se insere em uma equipe deve avaliar suas motivações, considerando o status, seu posicionamento frente a outras opiniões, poder de decisão, êxito de seu trabalho e qual objetivo pretende alcançar. A organização da equipe e dos papéis desempenhados por seus membros irá influenciar na maneira em que a assistência à saúde é prestada, uma vez que está diretamente ligada à prática do trabalho.

A partir deste olhar, é possível analisar a rede de relações entre pessoas, poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, onde identifica-se processos grupais. Trabalhar em equipe equivale a se relacionar (FORTUNA, 1999).

Consideramos que, nas equipes, acontecem processos grupais que precisam ser conhecidos pelos próprios integrantes, para que, juntos, possam criar significados, problematizando suas ações e atualizando as suas relações entre si, com aqueles a que atendem, esclarecendo e revendo o que tomam por problema de saúde e por ação.

Essa seria a possibilidade de criação e construção do atendimento, pela equipe, com entendimento de suas relações, ações e demandas, que se apresentam no serviço, trazidas pelos usuários. Essas demandas geram angústias nos trabalhadores (MARTÍN, 1990), pois ultrapassam a dimensão para a qual foram preparados, a dimensão do cuidado biológico, do corpo, das partes. São, muitas vezes, demandas que solicitam apoio, soluções e escutas diferentes, de outra referência, que necessita de interação de saberes.

### **Objetivos do trabalho em equipe**

No trabalho em saúde, os profissionais se relacionam para desenvolver uma tarefa, promovem um fazer em conjunto, que precisa ser maior do que a soma das parcelas do trabalho de cada um. Isto posto, observa-se um direcionamento para um trabalho de caráter interdisciplinar.

Todos os membros da equipe são dotados de um saber, uma história de vida diferente, uma formação específica e, com isso, a tendência é a de não considerarmos tais diferenças e trabalharmos como numa fábrica, onde cada um faz um pedaço: um aperta parafuso, outro pinta, outro embala, etc. Para que a ação integrada seja maior do que a soma das partes, é preciso articular as características de cada um para desenvolver um trabalho coletivo, um trabalho em equipe. Voltado para produção em saúde de maneira diferente, com prioridade no acolhimento, na humanização, no desenvolvimento da responsabilização compartilhada.

No entanto, a integração do trabalho em saúde não elimina as especificidades de cada profissional, porque cada um tem algo de próprio a realizar, tem um conjunto de conhecimentos que permite autonomia no fazer, efetivação de interesses, e julgamento quanto às necessidades de saúde dos usuários.

Não se trata de acabar com as diferenças técnicas e dos saberes que constituem cada trabalho, pois a integração da equipe não pressupõe a anulação dessas diferenças entre as áreas profissionais, mas de tomar a base ética da correção normativa, o compartilhamento de um conjunto de valores que expressam um horizonte comum entre os integrantes da equipe (ARTMANN; RIVERA, 2006). Então, para integrar as ações e manter a autonomia é necessário o diálogo entre membros da equipe de forma simétrica e a valorização do outro. O diálogo propõe uma alternativa possível de elaboração de planos de atendimento em conjunto, para cada paciente, com ações mais claramente definidas para cada membro em relação ao caso.

No momento em que os trabalhadores se reúnem para conversar, podemos visualizar, com mais intensidade, as interações e relações interpessoais nos processos grupais. Sentar junto para conversar parece uma atividade tão fácil, mas, muitas vezes, não é, pois, nesses momentos, as contradições são explicitadas, com as diferenças, com as expectativas que temos uns dos outros e que não são claramente faladas.

Assim, Habermas permite trazer uma importante contribuição, com sua teoria da ação, do agir comunicativo, apontando um caminho que se dá através da legitimidade dos argumentos se obter a satisfação de todas as pretensões de validade. Neste tipo de ação, ocorre uma orientação dialógica, tendo em vista que a coordenação mútua é dada em função da capacidade comunicativa, recurso disponível a todos os participantes.

Desta maneira o diálogo, apresenta-se como alternativa para se chegar num consenso mediado pela linguagem e interação dos saberes. Muitos estudos apresentam as reuniões como um espaço de grande importância para as equipes (SCHERER, 1987), e alguns ressaltam o fato de que esse espaço pode servir para que nada se modifique, para que tudo permaneça da mesma forma. Destacam alguns pontos como: atrasos frequentes, o entrar e sair a toda hora, a dificuldade de encerrar, o término que se dá pelo esvaziamento, a dificuldade de concluir com propostas, são alguns indicativos de que a reunião não está sendo operativa, nem contribuindo para mudar o jeito de trabalhar; ao contrário, está contribuindo para manutenção da antiga maneira de atender.

Neste sentido, um dos fatores que contribuem para que a reunião tenha saldo positivo é a definição dos objetivos das equipes e das tarefas explícitas e implícitas tratadas na reunião.

As equipes e os grupos, quando se reúnem, devem ter objetivos e tarefas a desempenhar. Esses objetivos e tarefas correspondentes podem estar ou não claras aos integrantes de um grupo de trabalhadores. Logo, defini-las é um ponto importante para o trabalho em equipe. Acontece que, nas equipes que começam a trabalhar existem objetivos ou tarefas visíveis (explícito{a}s) e invisíveis ou implícito{a}s.

A equipe e seus vários integrantes podem executar suas tarefas por diferentes motivos: porque se precisa do salário, porque se acredita que está ajudando a população, porque se entende que o trabalho em equipe poderá ser a melhor forma de atender, porque, se não se fizer tal atividade poderá sofrer sanções, ou porque “foi o emprego encontrado nesse momento”, etc.

Esta pluralidade de motivos numa equipe demonstra que estão colocados objetivos individuais, que também podem ser diferentes e desconhecidos pela equipe. Tanto os objetivos individuais como aqueles que são do grupo vão se modificando e, por isso, as equipes precisam estar conversando a respeito deles.

A relação com outra pessoa revela nuances, que perduram na relação em equipe. Quando um indivíduo se encontra com outro, quer para atendê-la, quer para trabalhar com ela, está, na

verdade, se reencontrando: encontrando de novo.

Pode-se dizer que vêm à mente, num plano nem sempre consciente, pessoas com as quais já se relacionou em sua singular história de vida. Alguns desses encontros, aconteceram em situações agradáveis e gratificantes, outros não. Logo, todos carregam experiências anteriores, de outras equipes com as quais já trabalharam de suas famílias, etc.

Neste sentido, no momento que duas pessoas se encontram, temos, então, pelo menos três: o eu, o outro, e a imagem que fazemos um do outro. Para o trabalho de equipe, faz-se necessário a atualização, dentro de cada um, desse outro e da imagem que dele fazemos. A tendência é a de cristalizar essas imagens, e assim se relacionar de uma forma superficial, rotulando o próximo: *Na equipe, o Dr é assim...A enfermeira é assim....*

Portanto, as pessoas não tem somente um jeito eterno e fixo, elas estão dessa forma, nesse momento, podendo estar de outro jeito, conforme a situação, verifica-se que com o seu fazer, seu modo de agir e pensar vão construindo o jeito de trabalhar em saúde.

Assim, também, se pode dizer que o modo de trabalhar e a forma como o trabalho está organizado influenciam as relações da equipe de trabalho, assim como as relações influenciam o jeito de trabalhar.

Os trabalhadores são também responsáveis diretos pela forma de trabalho, são “feitos” pelo trabalho e nele se “fazem”. Essas questões fazem com que venham a se estabelecer tarefas implícitas, invisíveis: *estamos aqui para atender o mínimo possível, ou para não atender, estamos aqui para realizar um trabalho com qualidade.*

Deve-se observar que muitas vezes, o discurso da equipe está homogêneo, todos discorrem sobre a mesma atividade, porém, no fazer de todo dia, na ação da prática clínica, cada um conduz suas energias numa direção, ou em direções contrárias àquelas discursadas.

Desta forma, podem-se estabelecer duas opções de modalidades de trabalho, que vivem em permanente disputa no interior das equipes: a primeira dirige ações de rotina para o atendimento integral, para a defesa da vida. E assim, promove a integração, na qual os profissionais buscam a articulação das ações e a interação comunicativa. E a segunda modalidade onde a equipe estabelece uma série de normas e rotinas voltadas para o objetivo do não atendimento, (ou do rápido atendimento), que parece ser comum nas equipes de saúde. Nesta opção, ocorre a justaposição das ações e o agrupamento de profissionais. Esta tipologia expressa a tendência à manutenção da fragmentação das ações, o estranhamento e distanciamento dos trabalhadores, no que se refere às relações que estabelecem entre si e com o trabalho que executam (PEDUZZI, 1998; 2001).

Estas equipes instituem situações de “defesa”, sobretudo naqueles serviços onde não se tem clareza do objetivo, das tarefas e finalidades do trabalho, resultando no predomínio de projetos individuais como: um trabalho sem muito envolvimento, ganhar um salário no fim do mês, manter outro

emprego, etc.

Neste contexto, um aspecto que merece destaque é a valorização do outro. Dentro dos processos de trabalho de uma equipe existem diversos trabalhos especializados, que podem ser criados como consequência da divisão do trabalho em saúde, no entanto reservam conexões entre si, são complementares e interdependentes. Todos esses trabalhos possuem especificidades decorrentes dos respectivos saberes, nos instrumentos que utilizam e nas atividades que os caracterizam. Portanto, o trabalho multiprofissional refere-se à recomposição de diferentes processos de trabalho que devem, para se integrar, concomitantemente, preservar as diferenças técnicas ou especificidades de cada trabalho e articular as intervenções realizadas pelos componentes da equipe.

Em conjunto com a complexa tarefa de congruar as especificidades com a articulação das ações coletivas, agrega-se a valoração desigual dos diferentes trabalhos, que concretamente se traduz em relações hierárquicas entre os trabalhadores das diversas áreas de atuação. Dentro de uma instituição a hierarquia expressa tanto a estrutura organizacional e a arquitetura de gestão, como o escalonamento de disciplinas, áreas profissionais e respectivos trabalhos especializados, ou seja, expressa relações de mando.

Portanto, a interação só se realiza quando existe um investimento dos componentes da equipe no sentido de articular ações de forma coletiva. Esta aproximação não acontece de forma espontânea, pelo simples fato dos profissionais compartilharem o mesmo espaço físico e a mesma clientela. Para que ocorra articulação de ações, é necessário que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas. Deve-se valorizar não somente ações referentes ao seu próprio processo de trabalho, mas também as ações executadas pelos demais integrantes da equipe, reconhecer o trabalho do outro, e tomar efetivamente o trabalho do outro em consideração. Esta atitude engloba em seu conteúdo a dimensão da comunicação e da ética, subentendida à interação humana. O reconhecimento das conexões da comunicação entre os profissionais e destes com os usuários, busca estabelecer pontes, ligações, que requerem a mediação da linguagem.

A valorização e reconhecimento do trabalho do outro também pressupõe uma concepção do processo saúde-doença que contemple suas múltiplas dimensões, o que remete à integralidade da saúde. A integralidade se contrapõe ao modelo biomédico, no qual a assistência consiste fundamentalmente na busca da doença que causa o sofrimento de cada sujeito e na aplicação de tecnologias que combatam a doença. Logo, apresenta-se como um conceito que abarca a proposta do trabalho em equipe.

Para articular ações de promoção, prevenção, recuperação da saúde, integração de serviços de diferentes níveis de complexidade e, sobretudo, apreender de forma ampliada e contextualizada as necessidades de saúde dos usuários e população do território, é necessário que os profissionais

encontrem alternativas de inserção no serviço e de organização do trabalho, que não sejam a tradicional atuação independente e isolada e a mera justaposição de ações. Para isso, apresenta-se com alternativa o diálogo/debate dentro da equipe, para que se chegue a um consenso construído com diversos saberes e valorização do profissional como parte integrante e sujeito de ação.

## 5.2 DINÂMICA E OBJETIVOS - EQUIPES

As equipes de uma maneira geral podem passar por determinados períodos, momentos e movimentos que podem ser analisados por meio de alguns aspectos descritos abaixo. Esses aspectos podem sinalizar a análise da dinâmica de uma equipe, para se constituir e alcançar seus objetivos. São eles: inclusão, pertença, comunicação, aprendizagem, cooperação, pertinência, ambiente, e individualidades e poderes.

### Inclusão

Refere-se, principalmente, aos primeiros contatos entre os trabalhadores quando se conheceram e souberam que iriam trabalhar juntos. É importante assinalar que o indivíduo faz escolhas de trabalhar ou não em equipe.

### Pertença

À medida que os profissionais vão convivendo, desenvolvem o sentimento de que fazem parte da equipe, de que pertencem a ela. O sentimento de pertença é construído com o tempo.

### Comunicação

A comunicação é um indicador muito importante para vários momentos possíveis de se viver em equipe. No trabalho em equipe na área da saúde, a comunicação é intrínseca à efetivação dos processos de trabalhos.

A distinção da racionalidade que orienta o trabalho em equipe também requer a análise da dimensão interativa e intersubjetiva, visto que para promover mudanças nas práticas de saúde na direção da integralidade e do trabalho em equipe é necessária uma mudança nas relações de poder trabalhador-usuário e entre os trabalhadores. É preciso uma reversão do modelo comunicacional em vigor nos serviços de saúde. Deve-se analisar a dimensão comunicacional e as características do trabalho em equipe, visto que remetem à articulação de ações executadas por vários profissionais, que surgem da interação entre membros da equipe e da interação profissional/usuário (PEDUZZI,

1998; 2001). No trabalho em equipe, a comunicação não está alienada do trabalho, é intrínseca à prática, pois “por meio da mediação simbólica da linguagem, ocorreria à articulação das ações, a colaboração e a integração dos saberes técnicos e a interação dos agentes” (PEDUZZI, 1998, p. 229).

Assim, na lógica do cuidado e da integralidade, a comunicação e interação são intrínsecas à intervenção profissional, o que constitui um contexto de trabalho favorável à articulação das ações e à construção de um projeto comum da equipe. Verifica-se, na perspectiva do processo de trabalho de equipe na saúde, a relação recíproca entre trabalho e interação. As articulações entre a dimensão tecnológica e a dimensão comunicativa se apresentam como ferramentas para alcançar resultados satisfatórios às necessidades de saúde e aos modos de vida de usuário e população.

A comunicação, sem interferências, serve como um fluxo que pode ser um instrumento para crescimento e troca de saberes. Porém, se produzida em meio a ruídos, gera mal-entendidos e situações paralisantes. Por isso, é preciso avaliar minuciosamente o processo de comunicação, já que envolve mais que um emissor, uma mensagem e um receptor, envolve todo esse caminho, o contexto, os gestos, os lugares de quem fala (posição na equipe), etc.

Pode-se dizer que, nas equipes, muitas coisas podem estar sendo faladas e compartilhadas sem estarem sendo ditas explicitamente. Essas coisas ditas assim, de modo implícito, precisam ser esclarecidas, colocadas na mesa, checadas.

Neste contexto, fazemos referência a Habermas, quando na teoria da ação comunicativa, inclui quatro elementos para validação do discurso: verdade, retidão, veracidade, inteligibilidade. Além, da observação do tipo de ação racional que está presente na comunicação entre os membros da equipe, se é ação de cunho racional instrumental, voltada para êxito, onde todas as explanações têm esse fundamento e descartam os elementos de validação do discurso, ou se é ação racional comunicativa que considera todos os participantes do debate como agentes linguisticamente competentes, no qual a racionalidade fundamenta-se na utilização de argumentos válidos, capazes de fundamentar as proposições e os enunciados considerados na interação comunicativa. Neste tipo de ação, ocorre uma orientação dialógica, e busca do consenso através do discurso, tendo em vista que a coordenação mútua é dada em função da capacidade comunicativa, recurso disponível a todos os participantes. Assim, é necessário que se observe qual a situação e quais as questões estabelecidas no diálogo, para a escolha de qual ação utilizar.

Ressalta-se também outro aspecto importante, a capacidade de comunicação. Segundo Habermas, todos os sujeitos de uma mesma comunidade de linguagem dominam significados em comum, um núcleo universal, estruturas básicas e regras fundamentais de uma língua. O autor verifica que a competência comunicativa não se estabelece apenas com domínio de regras gramaticais, pois o ato de fala coloca o sujeito em relação com o mundo objetivo que o cerca, com

os demais sujeitos e com suas próprias intenções, sentimentos e desejos. Com isso introduz um importante elemento de sua teoria, que consiste na validação intersubjetiva da comunicação, referida a três planos: a verdade proposicional, a correção normativa e a autenticidade expressiva.

Assim, verifica-se que os interlocutores estão, de forma recíproca, constantemente estabelecendo pretensões de validade acerca do que está sendo dito. Para que o diálogo se mantenha, é preciso, em todo transcorrer da comunicação, compartilhar acordos quanto aos regimes de validação, através da argumentação e intelecção (McCARTHY, 1995; HABERMAS, 2001).

### Aprendizagem

A aprendizagem caminha como que em um trilho de trem, isto é, ao lado da comunicação. Aprender está sendo tomado, aqui, como algo que ultrapassa a transferência de saber de uma pessoa a outra. Estamos falando de um aprender com o outro e não do outro. Assim, a informação se encontra no meio do caminho entre o ato da fala, cada indivíduo, sua experiência e o mundo em si.

Em uma equipe onde a comunicação está se fazendo com ruídos, com interferências, a aprendizagem fica paralisada, pois as trocas estão comprometidas. Neste sentido, toda objetivação em equipe é constituída através do diálogo. Portanto, a aprendizagem também é socialização e intersubjetiva. O conhecimento só existe no agir, e o agir está inserido dentro do contexto de interação e troca de saberes, ou seja, dentro do processo de aprendizagem.

Logo, este processo se aproxima de um trabalho em equipe interdisciplinar, que para sua concepção necessita de trocas de saberes e interações, que promovam ações que não pudessem ser produzidas isoladamente por alguma especialidade. Assim, se faz necessário congregiar conhecimentos, experiências, para construção de soluções para questões clínicas complexas. (FORTUNA et al., 2005).

### Cooperação

Na coordenação de um trabalho em equipe é importante a valorização do desempenho de um profissional pelos demais. Porém, é preciso que isso não motive uma competição, para que esta cultura não atrapalhe a cooperação dentro da equipe. A cooperação diz respeito à articulação dos integrantes da equipe, de seus saberes, e de seus fazeres, para a execução da tarefa a que esse grupo se propõe. É um conceito fundamental para qualquer atividade desenvolvida em grupo, sem ela não é possível realizar qualquer ação em equipe (FORTUNA, et al., 2005).

## Pertinência

O conceito de pertinência está ligado ao compromisso da equipe, com as tarefas a que se propôs. Uma equipe que estabelece uma ação para atendimento integral com articulação entre especialidades, e passa a atender somente indivíduos na perspectiva de medicar suas queixas, está sem pertinência, com uma de suas tarefas explícita. A falta de comprometimento também deve ser observada na participação nas reuniões de equipe, aspectos como falta, atraso, falta de participação, resistência à mudança, negação para desenvolvimento de atividades práticas com outras especialidades, são algumas atitudes que vão contra o aspecto da pertinência. (FORTUNA, et al., 2005).

## Ambiente

Esse aspecto diz respeito ao “clima” que sentimos nas reuniões e encontros. O “clima” pode estar tenso, pode estar de satisfação e amabilidade, enfim varia conforme o momento vivido. “Climas” muito permanentes, que ficam muito tempo da mesma forma, podem indicar conflitos aparentemente ocultos ou paralisações desse grupo. O debate sobre o conflito é proveitoso, quando promove a explanação de conhecimentos e visões distintas sobre a solução de problemas. No entanto, quando este diálogo está ancorado em problemas de caráter interpessoal o debate perde o sentido, tornando o ambiente hostil e com pouca resolução de casos clínicos. (FORTUNA et al., 2005).

## Individualidades e Poderes

De uma maneira geral, a ideia de que os membros de uma equipe têm a percepção de que o trabalho em grupo é um espaço onde acontecem, existem, criam e satisfazem suas necessidades, é compartilhada por todos.

No entanto, quando estamos numa equipe, vivemos um dilema, uma dúvida entre ser indivíduo e ser equipe, ou estar indivíduo e estar equipe, fazer ou não parte da equipe.

É comum existir um medo, denominado medo do ataque e da perda. Medo do ataque daquilo que já conhecemos e medo da perda da individualidade, o que produz ansiedade. Abarca mudanças que envolvem desejos e medos. Estas mudanças carregam em seu núcleo novas adaptações, nova aprendizagem.

Na construção de uma equipe nova, existe uma tendência para as diferenças se mostrarem mais claramente, testes efetuados entre os participantes para sinalizar quem sabe mais que o outro, o tanto que um “pode” mais que o outro, devido a esses medos, e falta de conhecimento e confiança

no companheiro de trabalho.

A passagem desta fase inicial não acontece de uma forma linear, o ritmo será empregado de acordo com a disponibilidade de seus integrantes. As equipes vão ultrapassando esse primeiro momento de evidenciar as diferenças e passam a desejar uma igualdade. Procuram as semelhanças, aceitam o outro e começam a ceder, temem mostrarem-se diferentes. Conforme os integrantes da equipe se conectam, se conhecem, se aceitam, vão compreendendo suas diferenças e semelhanças de um modo mais “inteiro” percebem-se tendo dificuldades e facilidades, em diferentes intensidades, e as manifestam em distintos momentos.

Os membros da equipe vão alternando papéis, trocando saberes, construindo-se como equipe. Assim, vivenciam papéis análogos aos vividos por integrantes de um grupo. Entre os diversos papéis possíveis, ressalta-se o da liderança. Em visão generalista, diz respeito a lideranças para a mudança, para a superação dos conflitos, ou para a elaboração das tarefas visíveis e invisíveis.

Podem, também, aparecer lideranças para a resistência à mudança, quando algum ou alguns membros ajudam a equipe a não realizar sua tarefa, prejudicam, seduzem, obstaculizam. Esses são papéis complementares no grupo que só existem quando o próprio grupo permite a situação. (FORTUNA et al., 2005).

Na análise de um trabalho em equipe é preciso identificar quais lideranças podem estar surgindo na equipe, e em que direção se faz o liderar; se para a tarefa ou para a não tarefa. Neste sentido, o rodízio de liderança e de papéis é um fator saudável, quanto maior a possibilidade de que, em diversas situações, líderes diferentes assumam os papéis, ainda que de resistência à mudança, existem maiores chances de descrisalizações e de não rotulações dos integrantes.

Em um estudo sobre a percepção de liderança Simões e Favero (2003), apontam as ressalvas apresentadas pelos seus entrevistados, onde relacionam o conceito de liderança a ideias como habilidade nata, habilidade de potencializar virtudes, colaboração e contribuição para o fortalecimento da equipe, motivação da equipe, e capacidade de estimular os indivíduos, ações de liderança e proatividade, ou seja, a liderança apresenta distintas razões, um conceito não linear, mas de uma forma geral está relacionada ao ato de agregar e somar, conceitos inerentes à perspectiva da interdisciplinaridade.

O trabalho em equipe não é algo harmonioso. É constituído de pessoas em relação, que terão momentos de conflitos e que esses não são “negativos”, “ruins”, ou algo a ser evitado, mas são inerentes às relações, são possibilidades de crescimento, se forem trabalhadas, através de uma conversação simétrica, utilizando o discurso para se chegar ao consenso.

Neste contexto surgem, também, as relações de poder, que vão se tecendo no interior das equipes. Quando falamos de poder, estamos nos referindo não somente às chefias, mas à

polarização que se estabelece entre as pessoas, dividindo-as entre as que “podem” mais e as que podem menos, fazendo uma hierarquia nas relações.

Durante a história algumas profissões foram adquirindo poder, e na área da saúde é a medicina que possui influência sobre as demais disciplinas. Esse panorama do poder tende a se eternizar e reproduzir-se na divisão técnica e social do trabalho. Essa divisão em que cada um faz uma parte do trabalho (divisão técnica), com um valor social diferente (divisão social do trabalho), fica estabelecida, de certa forma acordada, que quem “sabe mais”, pode mais e manda mais nos que “sabem menos” e, por isso, devem obedecer. (FORTUNA et al., 2005).

Na maioria das equipes é o profissional médico que detém o poder dentro da equipe, e isso pode dificultar sua inserção na equipe, numa posição diferente que não o comando. São comuns as discordâncias colocadas na direção de se manter poder ou se rebelar a esses poderes. Porém, os papéis nas relações de poder são complementares, não temos os ditadores sem os submissos.

Além disso, todos os profissionais de saúde possuem certo poder e autogoverno, realizam o que julgam necessário fazer, independente de suas chefias. Ainda que essa autonomia, esse poder, fique num plano não visível, como no caso do auxiliar de serviço, que emprega o seu o jeito de trabalhar e executar suas atividades independentemente das normas.

Trabalhar em equipe demanda rever poderes, revelar poderes, analisar se a disputa não está incoerente com a direção do trabalho, a democratização e a construção de ações que promovam a integralidade no atendimento. (FORTUNA et al., 2005).

### 5.3 HUMANIZAÇÃO

As pesquisas de avaliação dos serviços de saúde têm demonstrado que a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro. Na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos, etc. (BRASIL, 2001).

Com este mesmo olhar ressaltamos que um hospital, com uma boa direção e uma boa equipe, funciona bem. Porém, com a humanização do trabalho, compromisso da liderança, qualidade na gestão, competência e criatividade da equipe, os bons resultados produzem efeitos ainda mais duradouros na avaliação da população. Para tanto, é necessário cuidar dos próprios profissionais da área da saúde, constituindo equipes de trabalho saudáveis, capazes de promover a humanização do serviço. E, por profissionais de saúde, consideram-se aqui todas as pessoas que trabalham nas unidades de saúde e não apenas médicos.

Considerando os princípios organizacionais do SUS, que preconizam o atendimento

integral, equitativo e universal, e priorizam a promoção da autonomia de seus usuários, verifica-se que a avaliação deve lançar mais do que um olhar clínico ou biológico sobre o serviço, deve ser complementada por um olhar que explore também as questões sociais e humanas presentes no serviço de saúde para uma melhor qualidade de vida do usuário. A humanização na saúde implica em aceitar e reconhecer a existência de sérios problemas e carências, dentro das condições exigidas pela definição do cuidado em saúde, no que tange sua organização e efetivação. Fato observado tanto por parte dos organismos e práticas estatais, como da sociedade civil. O emprego de um cuidado humanizado contribui para a construção de um olhar holístico, visto que incide em aspectos psicológicos, sociais e biológicos do sujeito, em virtude de todas estas necessidades integradas influenciarem umas nas outras (OLIVEIRA, 2006).

Verifica-se que o processo de humanização acontece com a comunicação. A comunicação está presente em todos os contextos, e todos os sentidos e ações. Desta forma, dependendo da sua aplicabilidade pode servir como facilitador ou como obstáculo à integração com o interlocutor. Porém, existe, uma maneira de comunicação denominada horizontal, em que todos os sujeitos envolvidos, profissionais e pacientes, têm o mesmo poder de participação, e onde falar, intervir, e participar são atitudes que se aguarda do paciente. A interação mediada através destes pressupostos necessita de algumas competências do profissional de saúde. Visto que, a consulta é o primeiro passo na relação médico-paciente, estabelecida em um cenário cultural, histórico e social que abarca o envolvimento e a troca informações e impressões entre os sujeitos (profissional de saúde e paciente) e as instituições (NASSAR, 2012).

A consulta é um momento de grande importância na interação entre médico-paciente, e nesse momento, conforme Ferreira se pode observar que:

“as qualidades pessoais do profissional de saúde, sua cultura, técnica e humanística e especialmente suas atitudes são fatores decisivos, destacando-se a capacidade de escuta e de comunicação. Atitudes positivas do profissional, quando notadas pelo paciente, destravam barreiras, abrem caminhos para que este se coloque mais à vontade, e forneça informações mais completas, sinta-se seguro, confiante e disposto a aderir ao tratamento” (FERREIRA et al., 2002, p.54-55).

A humanização está conectada com os atos de falar e de ouvir, e o grau de entendimento. Pois, segundo Oliveira “as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes” (OLIVEIRA, 2006, p.281), ou seja, proporcionar o diálogo nas relações e interações humanas, não somente com mera técnica de comunicação verbal engajada ao objetivo pré-determinado, mas como forma de conhecer e compreender o outro, conseguir a criação de propósitos em conjunto que permitam prestar o bem-estar recíproco.

As práticas comunicacionais mais comuns, nas organizações de saúde da atualidade, entre

os profissionais de saúde e pacientes, estão enquadradas em dois tipos, a primeira é linguagem técnica impessoal onde o profissional utiliza de termos científicos, que resulta no pouco entendimento do usuário, e a outra é marcada pela homogeneização à indiferença, onde o usuário é tratado apenas com um número de atendimento. (OLIVEIRA, 2012)

De forma simplista, considera-se que a incumbência de humanização num significado amplo, além do aperfeiçoamento no tratamento intersubjetivo, deve impulsionar a interação e cooperação interdisciplinar de todos os envolvidos, gestores, técnicos e dos funcionários, como também, a mobilização para promover a participação ativa dos usuários nos processos de prevenção, cura e reabilitação, por isso Oliveira diz: “humanizar não é apenas “amenizar” a convivência hospitalar, senão, uma grande ocasião para organizar-se na luta contra a inumanidade, quaisquer que sejam as formas que a mesma adote” (OLIVEIRA, 2012, p.281).

No entanto, alguns problemas de cunho administrativo assolam a construção de um processo de humanização, como a falta de condições técnicas, seja de capacitação, seja de materiais, cujo resultado é um atendimento de baixa resolubilidade. (OLIVEIRA, 2012)

A interação da equipe realiza-se na comunicação, logo, humanizar a assistência em saúde requer valorização tanto da palavra do usuário quanto da palavra dos profissionais da saúde. A condução de uma rede de diálogos precisa refletir e provocar ações, programas, campanhas e políticas assistenciais com uso da dignidade ética da palavra, do respeito, da valoração mútua e da solidariedade (OLIVEIRA, 2012).

A valorização da palavra entre os profissionais também está inserida no processo de humanização. A troca de papéis com a possibilidade de se colocar no lugar do outro, em um espaço de troca, onde se aprende com o outro algo que não se sabe de antemão, depende de se aceitar que todo saber é limitado. Só é real quando se corre o risco de não pretender tudo saber. Desta forma, podemos compreender o outro, acolhendo o que ele tem a dizer, aceitando suas faltas, de um saber que, por não ser total, pode ampliar-se infinitamente.

A humanização se concretiza em um projeto coletivo em que toda a organização se reconheça nele. Dentre os objetivos fundamentais está o resgate das relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si, da instituição com os profissionais e do hospital com a comunidade.

Neste contexto, observamos que, no âmbito da saúde, a humanização esta imbricada no trabalho com equipes interdisciplinares. Nessas equipes, tende-se à mútua formação elementar dos seus membros nas teorias, métodos e técnicas das suas respectivas especificidades e profissões, propiciando tanto a exploração das interfaces das suas capacidades e funções, como a mobilidade, a substitutividade dos papéis teórico-técnicos e, ainda, a invenção de novos papéis requeridos pela tarefa (MARTINS, 2001).

Alguns dos principais obstáculos para constituição da humanização em equipes interdisciplinares estão relacionados ao próprio desenvolvimento do trabalho coletivo, onde infelizmente está alimentado por posturas individualistas, com a permanência de hierarquias dadas pela divisão técnica e social do trabalho, a prepotência de cada área do saber que acredita paradoxalmente ser “a única e a melhor”, o sentimento de superioridade dos experts por relação ao saber e o saber fazer espontâneo dos usuários, o medo da perda da identidade e à suposta caotização das diferenças, o temor à crítica quando o dispositivo propicia a plena exposição das limitações e erros de cada especialidade e de cada agente, a possível perda de privilégios etc.

Sobre humanização da assistência em saúde, Howard (1975) apresenta oito condições essenciais para alcançar este objetivo:

- Reconhecer que todo ser humano possui um valor inerente, nato;
- Cada pessoa é única e insubstituível;
- O ser humano é um ser complexo, com necessidades de diversas naturezas;
- Usuários e profissionais devem ter liberdade de escolha, promovida através do respeito aos deveres e à dignidade do outro;
- Igualdade entre usuários e profissionais, mediada por uma ética universal e pelo respeito às diferenças;
- Compartilhamento de decisões e responsabilidades;
- Empatia e;
- Afeição positiva ao paciente.

Historicamente, a assistência em saúde tem um perfil em que o profissional assume a posição de superior, controlador do processo terapêutico; e o usuário é apenas um paciente, ou seja, um passivo, aquele que passa por um problema e se submete às intervenções que o profissional julgar necessárias, para combater aquilo que o mesmo profissional considera ser o problema, o sofrimento do paciente. Numa relação em que impera a prática autoritária, o não êxito do tratamento quase sempre é atribuído ao usuário, que não cumpriu com as prescrições profissionais.

Entretanto, este perfil tem mudado e nas últimas décadas observa-se a valorização da participação do usuário como agente de seu tratamento, os profissionais buscam uma escuta mais atenta, que não se prende apenas às queixas biológicas ou específicas de sua área de atuação. Assim, usuário e paciente tornam-se parceiros na condução do tratamento. Howard (1975) destaca a importância de se estabelecer uma relação de igualdade e reciprocidade entre terapeuta e paciente e enfatiza que as diferenças devem ser respeitadas e nunca acentuadas, através de atitudes como usar um vocabulário excessivamente técnico com o usuário. Acrescentamos também o respeito ao conhecimento entre profissionais de uma equipe, como peça fundamental para a efetivação do tratamento humanista ao paciente.

## 6 INFORMAÇÃO, COMUNICAÇÃO, FLUXO DE INFORMAÇÃO

### 6.1 O CONCEITO DE INFORMAÇÃO

Atualmente, a informação é um recurso cada vez mais precioso. O saber, o conhecimento, constantemente renovado, tem valor essencial na vida das pessoas, é um importante contributo para a organização das sociedades modernas. Desta forma a Ciência da Informação (CI) assume um papel singular dentre as áreas do conhecimento, sendo, segundo Saracevic (1992) “aquela disciplina que investiga as propriedades e o comportamento da informação, as forças que governam o fluxo da informação e os meios de processamento para acesso e uso otimizados”.

A Ciência da Informação se relaciona com a origem, coleta, organização, armazenagem, recuperação, interpretação, transmissão, transformação e utilização da informação. Dentre suas características sinalizamos o caráter investigativo no núcleo do assunto desconsiderando sua aplicabilidade, e também, o desenvolvimento de serviços e produtos, assim apresenta procedimentos tanto da ciência pura como da ciência aplicada.

A natureza interdisciplinar da Ciência da Informação foi observada nas primeiras formulações conceituais da área, que datam do início dos anos 1960. O estudo da Ciência da Informação parte do reconhecimento de sua interdisciplinaridade e natureza social, profundamente relacionada à tecnologia da informação e do novo papel da informação na sociedade e cultura contemporâneas, características essenciais da área, como ressaltadas por Saracevic (1992, p.6):

- Natureza interdisciplinar, mudança nas relações com outras disciplinas e perspectiva de longa duração da evolução da interdisciplinaridade;
- Conexão inexorável à tecnologia da informação;
- Participação ativa e deliberada na evolução da sociedade da informação, assim como outras áreas.

Borko sintetiza a definição de Saracevic: “a pesquisa na ciência da informação investiga as propriedades e comportamento da informação, a utilização e a transmissão da informação, bem como o processamento da informação para armazenagem e recuperação ótimas” (BORKO, 1968).

Para Borko (1968), um dos entraves para o avanço da CI está ligado diretamente à sua interdisciplinaridade, visto que novos conhecimentos produzidos terão que perpassar por vários saberes até que se consiga chegar a um consenso.

No entanto, Wersig (1993) traz um prisma diferente sobre a CI, caracterizando-a por uma ciência arquitetada em vivências práticas; isto põe a CI como uma ciência, construída através de abordagens estratégicas voltadas para a solução de problemas; Saracevic (1992) corrobora esta

visão quando diz que "problemas complexos demandam abordagens interdisciplinares e soluções multidisciplinares".

Neste contexto, pode-se verificar a relação interdisciplinar entre a Ciência da Informação e a Medicina, que tem a informação como elemento fundamental para a ligação entre as áreas. A CI tem um caráter social assim como a Medicina. Logo, a relevância e utilidade da informação em saúde, configuram campos de importância para duas áreas. O saber sobre doenças, como tratá-las ou evitá-las, deixou de ser privilégio dos tratados de medicina. As suas raízes impõem avanços e extrapolam os acontecidos nos hospitais, nos ambulatorios, nos consultórios, nos laboratórios - o seu mundo presumível, passam a depender de outras ciências.

Na área da medicina e da saúde, a aquisição de novos conhecimentos, a troca de ideias, a discussão de propostas e conclusões são ainda mais relevantes, por se encontrarem ligadas à qualidade de vida das pessoas, à sua existência saudável, realizada e produtiva.

Nesse sentido, a medicina e a saúde têm conhecido progressos espantosos e fulgurantes, revolucionando as perspectivas de combate às doenças, consolidando o prolongamento de uma vida saudável, da infância à velhice, e garantindo uma maior dignidade da vida humana, individualmente e no seu conjunto.

O termo informação possui múltiplos empregos, sua definição é em alguns casos influenciada pelo contexto de uso e aplicação; a seguir apresentamos uma breve síntese das definições e suas particularidades.

São atribuídas ao termo informação origens gregas e latinas. Os termos gregos *eidos/Idea*, *morphé* e *typos*, usados na filosofia de Platão e Aristóteles, já traziam em seu bojo os conceitos chave da ontologia e epistemologia grega, remetendo seu significado a modelo e representação. No entanto, as raízes etimológicas do termo são latinas, provenientes dos termos *informo* e *informatio*, que denotavam o ato de moldar a mente ou de comunicar conhecimento.

O termo informação, segundo o dicionário Houaiss, tem, entre outras acepções, as seguintes:

- a) Comunicação ou recepção de um conhecimento ou juízo;
- b) O conhecimento obtido por meio de investigação ou instrução; esclarecimento, explicação, indicação, comunicação, informe;
- c) Acontecimento ou fato de interesse geral tornado do conhecimento público ao ser divulgado pelos meios de comunicação; notícia;
- d) Conjunto de atividades que têm por objetivo a coleta, o tratamento e a difusão de notícias junto ao público; e
- e) Conjunto de conhecimentos reunidos sobre determinado assunto.

O conceito de informação como usado no cotidiano, no sentido de conhecimento

comunicado, desempenha um papel central na sociedade contemporânea (CAPURRO; HJORLAND, 2007).

No processo de comunicação, entendido como o modo pelo qual um emissor transforma uma mensagem em um sinal e o envia para um receptor através de um canal, a informação é definida como o conteúdo ou significado de uma mensagem, teoria baseada na obra de Shannon e Weaver (1949).

Na teoria matemática da informação (SHANNON; WEAVER, 1949), a informação é equiparada à mensagem, assumindo suas características de conjunto de símbolos transportados através de um processo físico. Essa teoria serviu de ponto de partida para diversos estudos sobre a informação, pois através dela pela primeira vez a informação foi libertada do suporte, maneira tradicional de se pensar a informação (PINHEIRO, 1994).

Em outra análise, Michel (2000), traz outras perspectivas para falar do termo informação, associando-o ao termo documento. Para isso, inicialmente retoma a definição de informação numa imagem puramente subjetiva, alguma coisa que em um determinado contexto e a partir de determinado olhar ganha um significado. Num segundo momento fala da materialização desse olhar subjetivo através do documento (fisicamente real e/ou eletrônico-virtual), que teria a função de “congelar” a informação para que pudesse ser “trocada”. E por último, associando-a a demanda profissional, afirma que atualmente somos levados a falar de informação-documentação (I&D), expressão que teria o mérito de mostrar os dois lados de um mesmo conceito: em uma face o conteúdo, o sentido e a inteligência (informação) e do outro aquilo que comunica, transfere, e é obtido através de um suporte (documento).

Nesta mesma perspectiva, Le Coadic argumenta que a informação é um conhecimento inscrito (gravado) sob a forma escrita, oral ou audiovisual, que comporta um elemento de sentido. É um significado transmitido por meio de uma mensagem inscrita em um suporte espacial-temporal: impresso, sinal elétrico, onda sonora, etc. Essa inscrição é feita por meio de um sistema de signo (a linguagem), signo este que é um elemento da linguagem que associa um significante a um significado: signo alfabético, palavra, sinal de pontuação (LE COADIC, 1996, p. 5). Percebemos que tanto na visão de Michel quanto Le Coadic a informação esta intimamente ligada ao suporte, sendo este necessário para sua transmissão e materialização.

Outra visão é apresentada por Buckland (1991), que apresenta três significados para o termo informação. A informação como processo, como conhecimento e como coisa. Na informação como processo destaca-se a ação de informar como um sinônimo de comunicar um conhecimento ou algum fato. Já a informação como um “conhecimento comunicado”, seria aquilo capaz de reduzir incertezas e com isso gerar conhecimento. E a informação como coisa poderia ser atribuída a qualquer objeto, dado, ou documento que tivesse a propriedade de comunicar algo, divulgar o

conhecimento.

Em outra perspectiva a informação é definida como produtora do conhecimento, podemos citar, por exemplo, Barreto (1994), que trabalhou a informação no contexto social e afirma que a informação, quando compreendida, produz conhecimento, altera o acervo intelectual de informações do indivíduo e traz melhorias no seu desenvolvimento e da sociedade. Portanto, as informações servem como estruturas significantes, com a capacidade de originar conhecimento para o indivíduo (BARRETO, 1994). Em outro momento o autor reitera a afirmação (BARRETO, 2002), onde considera a informação como sendo uma estrutura simbolicamente significativa que tem a competência de gerar o conhecimento no indivíduo, atuando assim como um instrumento modificador da consciência humana, “[...] *sintonizando o homem com a memória de seu passado e com as perspectivas de seu futuro*”. (BARRETO, 2002, p.49).

Dentro da mesma perspectiva Araújo define informação como: prática social de um sujeito cognitivo-social que desenvolve ações de atribuições e comunicações de sentido que, por sua vez, podem provocar transformações nas estruturas (tanto individuais, como sociais), pois geram novos estados de conhecimento (ARAÚJO, 1998, p.33). Pode-se então concluir que a informação se dá em um meio social e que ela só existe se determinado indivíduo recebê-la de outro e esta transformar-se em conhecimento novo e esclarecedor, em benefício do indivíduo ou da sociedade em que ele vive. A informação se caracteriza por todo estímulo externo que altera a estrutura cognitiva do receptor. Observa-se que apesar algumas diferenças, a ideia da informação gerar conhecimento perpassa em todas as definições.

Outros autores como McGarry (1999) apresentam o termo informação como processo de comunicação, a partir dos estudos da Teoria da Informação e da Comunicação, enuncia informação como algo que é capaz de alterar os mapas/estruturas mentais, informação modifica o indivíduo. Porém, o autor enfatiza os modos de intercâmbio e transferência da informação, ressaltando assim o poder da linguagem no domínio informacional. Outro ponto destacado é o papel da linguagem na compreensão do fenômeno informacional. Com a caracterização da linguagem humana e seu papel na rede de relações de linguagem/pensamento, incidem na compreensão dos conceitos de conhecimento e informação. O autor define de forma simples que conhecimento é algo mais teórico e generalizado, e a informação seria um “conhecimento potencial”. Salientamos que neste viés a comunicação é apresentada como instrumento de relevância na definição do termo informação, e na compreensão e absorção do significado da mensagem transmitida..

Portanto, verificamos que não existe consenso nas definições aqui representada por alguns autores. Assim, a definição para o termo informação que adotaremos no presente trabalho é a de que a informação se constrói no meio social e que ela só existe se um indivíduo recebê-la de outro, indivíduo ou objeto, e esta alterar o conhecimento do mesmo. Relacionando informação à produção

de conhecimento no indivíduo, e caracterizando-a por todo estímulo externo que altera a estrutura cognitiva do receptor. Considera-se então que o conceito informação deve ser analisado em relação a outros conceitos, de forma subjetiva ou como signo, dependente de interpretação de um agente cognitivo (CAPURRO; HJORLAND, 2007).

Ressaltamos também o conceito de relevância, trabalhado por Saracevic (1970) que apresenta o conceito, e demonstra o caráter fundamental para o entendimento do significado do termo informação. A relevância está associada ao fornecimento de informação de forma efetiva e eficiente a tempo e regularmente, capaz de eliminar informação não relevante, ou seja, só é considerado informação quando possui serventia ao indivíduo.

Neste contexto, a informação assume um papel de ativo. Assim, identifica-se a recuperação da informação como atividade inerente de um trabalho interdisciplinar, no que tange a preferência do usuário. Desta forma, a relevância pode ser vista sob duas perspectivas: sistema de pertinência e relevância do usuário. Enquanto a perspectiva do sistema está preocupada com a relevância da informação recuperada com relação em consulta explícita, a relevância situacional é uma manifestação da perspectiva do usuário (SARACEVIC, 2007).

A construção de relevância situacional é definida por aquisição de informações, para alcance de um objetivo da pesquisa. Relevância situacional refere-se às relações entre recuperação de objetos de informação e uma tarefa ou problema específico. É determinada pela forma como a informação recuperada contribui para a resolução do problema. O uso de relevância situacional para ajudar a medir o valor da informação recuperada é largamente impulsionado pelo fato de que os profissionais de saúde estão frequentemente tentando resolver problemas explícitos e urgentes dos pacientes.

Portanto, após a recuperação da informação para resolução de um caso inicia-se outro processo, de assimilação e compreensão dos dados. Neste sentido, a informação em saúde precisa evidenciar o agir humano, estar ancorada em diferentes saberes, ou seja, em uma abordagem interdisciplinar, que permita tradução de linguagens distintas em insumos, capazes de gerar conhecimentos que resultem em melhoria de cuidados e exercício dos profissionais de saúde.

Compreender a informação resulta em conhecer de uma maneira singular todo o seu contexto de produção, os fatos que vêm antes, o anterior ao registro em suporte físico e a comunicação ao próximo. Isto também implica em conhecer o uso que foi ou é dado a essa informação, ou seja, quem são os manipuladores, qual é a finalidade do uso, o que provoca a pesquisa, qual o produto desta pesquisa, com que frequência ocorre etc. Enxergar sistemicamente a informação significa estabelecer as conexões e interações existentes na relação interdisciplinar no trabalho em saúde, é importante perceber de forma abrangente os contextos de criação e assimilação da informação, com uma visão integrada que inclua todo tipo informação, administrativa, social,

clínica. Isto torna possível a realização de uma análise sistêmica que possibilita o emprego das informações na melhoria dos processos de cuidado em saúde.

## 6.2 INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Para refletir sobre a expressão Informação em Saúde podemos nos remeter à necessidade existente, desde a antiguidade, do ser humano comunicar algo a alguém (ou a alguma coletividade) sobre sua própria saúde ou sobre a saúde de alguém (ou de algum grupo de pessoas) a ele relacionado. Ou seja, preliminarmente, a Informação em Saúde pode ser pensada como a transmissão e/ou recepção de eventos relacionados ao cuidado em saúde.

Desta forma, podemos inferir que não é tarefa fácil demarcar o início do uso dessa terminologia no campo da saúde. Porém, é a partir do século XIX, período que marca o avanço dos estudos em epidemiologia e estatística, que a necessidade de comunicar questões relacionadas à saúde das populações se torna a grande alavanca para a disseminação das Informações em Saúde.

A partir destas mudanças surgem as primeiras peças da Informação em Saúde, compostas por instrumentos de predição e inferência de estados de saúde, a partir do status atual de um grupo de pessoas em determinado contexto de saúde. E, no correr do tempo, apareceram muitos desdobramentos para a expressão Informação em Saúde, transformaram-se praticamente em subáreas distintas e dirigidas, principalmente, a subsidiar, não apenas o profissional de saúde, como a população em geral, mas também gestores da área de saúde. Dados sobre o perfil da população (de que adoece e morre, dados demográficos e socioeconômicos); serviços prestados; materiais e medicamentos consumidos; força de trabalho envolvida; para conhecer: necessidades da população atendida; uso potencial e real da rede instalada; investimentos necessários, ações e serviços de saúde.

Nos tempos atuais a expressão Informação em Saúde congrega vários outros termos e múltiplas dimensões, podendo ser tomada, portanto, por um constructo. Daí tem, de forma esquemática (MORAES, 2007), a possibilidade de observar a Informação em Saúde como subsídio para o próprio setor saúde: na assistência; no controle e avaliação; na administração; no orçamento e finanças; no planejamento; nos recursos humanos; na regulação; na saúde suplementar; no geoprocessamento em saúde; e na vigilância (epidemiológica, sanitária, ambiental).

No presente estudo nos ateremos nas informações relacionadas à assistência prestada dentro de um trabalho interdisciplinar do cuidado em saúde, com foco na comunicação entre os agentes. Utilizaremos o conceito de informação em saúde como um processo de transformação, que ocorre em um meio social, que só existe quando um indivíduo recebe a informação e esta altera o conhecimento a respeito da saúde de outro indivíduo, influenciando procedimentos de assistência e

cuidado, caracterizando-se sistematicamente por um estímulo externo que altera a estrutura cognitiva do receptor e suas ações.

A partir desta abordagem a informação em saúde assume um papel transformador no que tange a produção do conhecimento técnico e tácito. A necessidade de resoluções de problemas complexos, que assola a sociedade atualmente, tem gerado a busca por ações de maior abrangência. Logo, a prática interdisciplinar surge como alternativa de ação viável, pois agrega vários saberes com o mesmo objeto, resultando em uma ação que só seria possível com o trabalho integrado. Nesta perspectiva toda informação que participa, é criada e resulta deste trabalho torna-se um ativo importante na geração de novos conhecimentos para o cuidado em saúde.

### 6.3 FLUXO DE INFORMAÇÃO

Nos dias atuais, a sociedade é dita como uma sociedade de informação, em um mundo globalizado, onde a produção de informação é cada vez maior, e conseqüentemente, a quantidade de informação circulante também.

Os fluxos informacionais têm como ações essenciais dotar os gestores de subsídios indispensáveis ao processo de tomada de decisão, conforme Oliveira e Bertucci que consideram: “o gerenciamento da informação tornou-se um instrumento estratégico necessário para controlar e auxiliar decisões, através de melhorias no fluxo da informação, do controle, análise e consolidação da informação para os usuários”. (OLIVEIRA; BERTUCCI, 2003, p. 8)

Assim, as organizações que administrarem com eficiência o fluxo da informação terão um recurso estratégico fundamental para a maximização da qualidade do processo decisório.

Diversos estudos encontrados sobre fluxo de informação apresentam diferentes definições. Dentre estas, Castells define fluxo de informação como:

“apenas um elemento da organização social: são a expressão dos processos que dominam nossa vida econômica, política e simbólica. [...] Por fluxos, entendo as sequências intencionais, repetitivas e programáveis de intercâmbio e interação entre posições fisicamente desarticuladas, mantidas por atores sociais nas estruturas econômica, política e simbólica da sociedade.” (CASTELLS, 2001, p.501)

É uma visão abrangente que pode ter aplicação em diversos setores da sociedade.

Com um olhar voltado para o fluxo da informação e conhecimento, Barreto (1998), define o fluxo como um processo de mediação da informação gerada por uma fonte emissora e aceita por uma fonte receptora, realizando a geração de conhecimento no indivíduo e no seu espaço de convivência. Porém, para que seja possível produção de conhecimento, a fonte receptora tem que assimilar a mensagem e adicionar um diferencial. Barreto confirma essa ideia, quando complementa

que o fluxo de informação, ao utilizar os processos de comunicação:

“realiza a intencionalidade do fenômeno da informação, não almeja somente uma passagem. Ao atingir o público a que se destina deve promover uma alteração; aqueles que recebem e podem elaborar a informação estão expostos a um processo de desenvolvimento, que permite acessar um estágio qualitativamente superior nas diversas e diferentes gradações da condição humana”. (BARRETO, 1998, p.122).

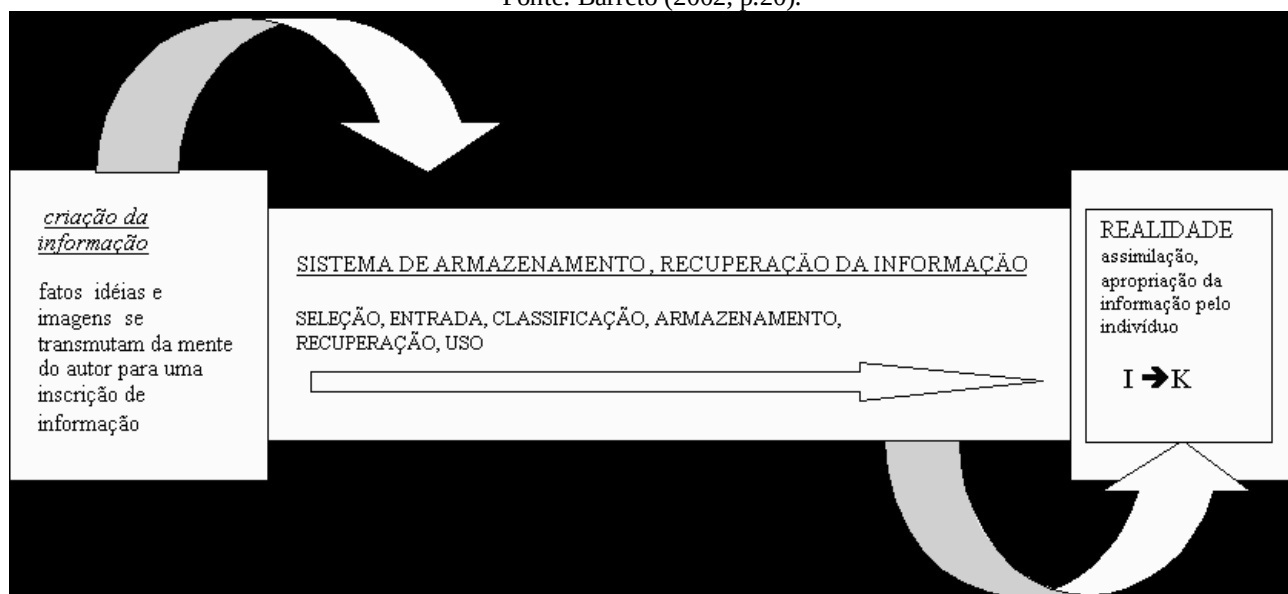
Nesta visão, o fluxo da informação é associado a produção do conhecimento, no momento que o receptor agrega um diferencial naquela informação. Barreto, em outro estudo, complementa essa ideia, indicando que processo do fluxo da informação acontece em dois níveis.

em um primeiro nível os fluxos internos de informação se mobilizam entre os elementos de um sistema, que se orienta para sua organização e controle, seriam os fluxos internos ou de primeiro nível [...] Os fluxos extremos são aqueles que por sua atuação mostram a essência do fenômeno de transformação, entre a linguagem do pensamento de um emissor -> a linguagem de inscrição do autor da informação -> e o conhecimento elaborado pelo receptor em sua realidade. (BARRETO, 2002, p. 20).

Logo, o fluxo da informação opera em sistema de concepção da informação que, através de um sistema de processamento, recuperação e uso dessa, irá possibilitar sua absorção pelo usuário (receptor), que poderá consolidá-la em conhecimento através de um processo de transformação de uma situação pré-existente, configurando-se pela expressão  $I \rightarrow K$  onde I é informação e K é conhecimento (Figura 1).

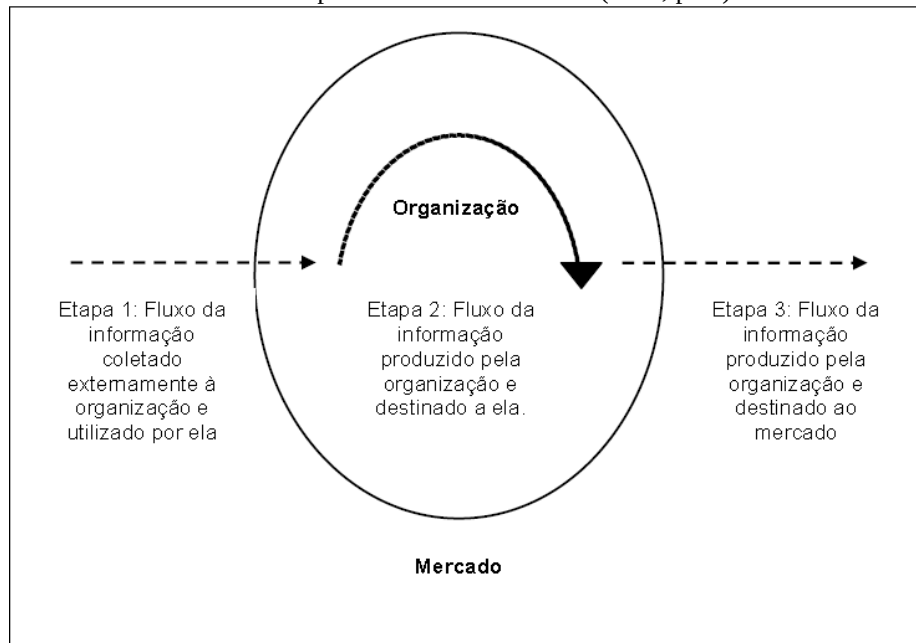
**Figura 1** - O fluxo interno e os fluxos extremos da informação

Fonte: Barreto (2002, p.20).



Outra visão é apresentada por de Lesca e Almeida (1994), que oferece outro modelo de fluxo informacional de uma organização, que é subdividido em três etapas, conforme a Figura 2.

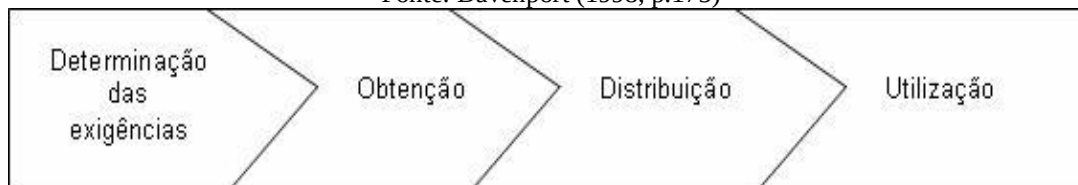
**Figura 2 - Etapas do fluxo da informação.**  
 Fonte: Adaptado de Lesca e Almeida (1994, p.71).



A ideia central que perpassa neste modelo é a congregação de informações internas e externas, ou seja, inclui fatores que não são da gestão institucional, porém, participam na construção do conhecimento. O modelo está dividido em: etapa do fluxo da informação advindo do ambiente externo e utilizado pela organização; a etapa do fluxo produzido e destinado à organização, ou seja, o fluxo no âmbito interno de informações, a etapa produzida pela organização e destinada ao mercado externo da organização (clientes, fornecedores, concorrentes).

Uma das visões mais difundidas, dentro de um contexto organizacional, é o modelo elaborado por Davenport (1998), que consiste em quatro passos que deverão ser seguidos (Figura 3) para o efetivo gerenciamento da informação.

**Figura 3 - O processo de gerenciamento da informação**  
 Fonte: Davenport (1998, p.175)



O primeiro passo, segundo Davenport (1998) é problemático porque consiste em definir as exigências da informação, isto exige que as pessoas da organização compreendam o ambiente que cerca as informações. Para o autor: “o passo um do processo parece assim a mais subjetiva das atividades, sendo impossível, para qualquer grupo externo à função, compreender de que tipo de informações um gerente realmente precisa”. (DAVENPORT, 1998, p. 178)

O segundo passo, chamado obtenção de informações, demanda que se pesquisem de modo ininterrupto as informações necessárias. Davenport (1998, p.181) afirma que “[...] o processo mais eficaz é aquele que incorpora um sistema de aquisição contínua”. Este passo consiste nas seguintes atividades:

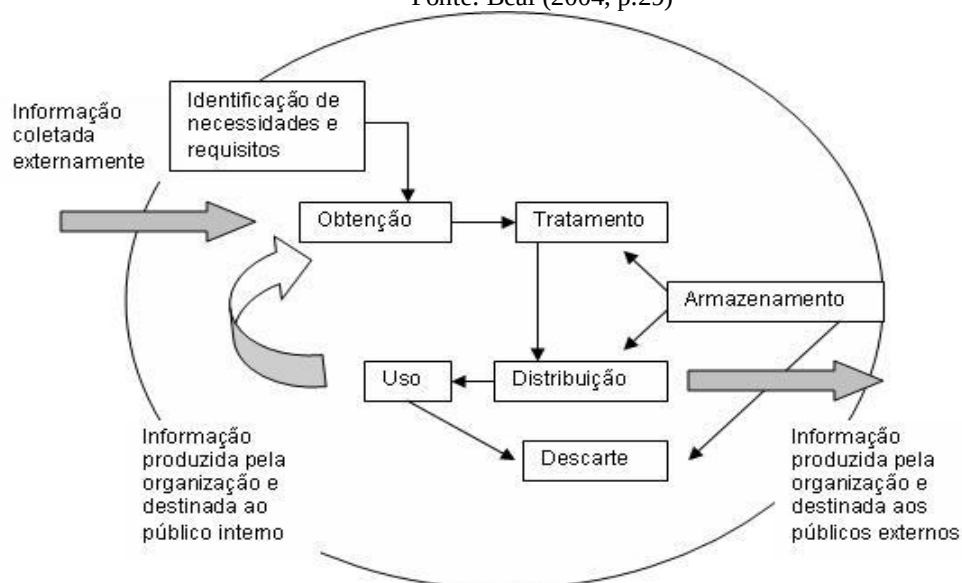
- a) Exploração das informações,
- b) Classificar as informações.
- c) Formatação e estruturação das informações.

O terceiro passo do processo de gerenciamento da informação se refere à forma de pesquisa e disseminação das informações para os membros da organização. Davenport (1998, p.189) afirma que “a distribuição envolve a ligação de gerentes e funcionários com as informações de que necessitam. Se os outros passos do processo estiverem funcionando, então a distribuição será mais efetiva [...]”.

O quarto e último passo apontado no modelo de Davenport, denominado uso da informação está relacionado à utilização da informação disponível aos usuários da organização. O autor assegura que (1998, p.194) “a maneira como um funcionário procura, absorve e digere a informação antes de tomar uma decisão – ou se ele faz isso – depende pura e simplesmente dos meandros da mente humana”.

A visão de Davenport estabelece linhas tênues entre ações gerenciais com cunho administrativo, tecnicista, com o comportamento dos indivíduos, na busca, assimilação e uso da informação, ou seja, uma análise do campo cognitivo. Ressalta-se também o modelo de Beal (2004). Um modelo dividido em sete etapas, que demonstram o fluxo da informação nas organizações (Figura 4).

**Figura 4** - Modelo de representação do fluxo da informação.  
Fonte: Beal (2004, p.29)



Na etapa inicial do modelo de Beal (2004, p.30) apresenta-se a identificação das necessidades e requisitos de informação, como sendo “elemento acionador do processo”. A autora aponta ainda, que esta etapa é “fundamental para que possam ser desenvolvidos produtos informacionais orientados especificamente para cada grupo e necessidade”.

A etapa seguinte diz respeito à aquisição das informações, onde se faz necessária a alimentação contínua do processo. Beal (2004, p.30) diz que “na etapa de obtenção da informação são desenvolvidas as atividades de criação, recepção e captura de informação, provenientes de fonte externa ou interna, em qualquer mídia ou formato”.

A terceira etapa do processo é denominada de tratamento da informação. Para Beal (2004, p.30) “antes de estar em condições de ser aproveitada, é comum a informação precisar passar por processos [...] com o propósito de torná-la mais acessível e fácil de localizar pelos usuários”.

A quarta etapa envolve a distribuição da informação. O que significa dizer que a disseminação da informação irá alcançar o usuário que dela necessita. A distribuição da informação pode acontecer de duas maneiras, a primeira interna (usuários da organização) e a segunda externa (fornecedores, clientes, parceiros, etc).

A quinta etapa é composta pelo uso da informação, e, segundo Beal (2004, p.31) a “[...] mais importante de todo o processo de gestão da informação, embora seja frequentemente ignorada pelas organizações”.

A etapa posterior, a sexta etapa do processo, é denominada armazenamento. Neste momento, conforme Beal (2004, p.31) acontece a “conservação dos dados e informações, permitindo seu uso e reuso dentro da organização”. A sétima, e última etapa do modelo consistem no descarte da informação, ou seja, rejeita-se a informação assim que se torna obsoleta. Para a autora (2004, p.32) “excluir dos repositórios de informação corporativos os dados e informações inúteis melhora o processo de gestão da informação [...]”. Este é o modelo do processo de gestão estratégica da informação de Beal baseado no fluxo de informação. Ressalta-se que este modelo incluiu o reuso da informação a partir de repositórios, como também, o descarte da informação para melhoria do gerenciamento, verificando-se um modelo voltado para o gerenciamento da informação, o que complementa outros modelos que sinalizavam o aspecto cognitivo de assimilação do usuário.

Nesta perspectiva, se apresentou modelos de gerenciamento da informação que reportam com eficiência e significância o processo de gestão da informação baseada em fluxos informacionais. A pesquisa na literatura sobre fluxo da informação apontou para a área de gestão da informação com modelos baseados em fluxos informacionais. Portanto, é possível apresentar algumas inferências. Dentre estas inferências citamos o efetivo gerenciamento da informação em

organizações, processo contínuo que contém etapas estruturadas, organizadas e sistematizadas (fluxo de informação), pessoas atuantes no processo e responsáveis por tal gestão, além do uso otimizado das fontes de informação. No que se refere aos fluxos informacionais, analisando os modelos de gerenciamento da informação apresentados acima, é possível constatar que possuem características similares e complementares. No entanto, Beal (2004), talvez por ser o modelo mais recente, é a única autora que insere uma etapa de descarte da informação quando esta se torna inútil. Verifica-se uma relação entre o modelo de Beal e o modelo de Lesca e Almeida, especialmente em no que tange os fluxos provenientes do ambiente externo, o ambiente interno e o destinado ao mercado externo. Percebe-se também uma relação entre Barreto e Davenport no que se refere tanto à assimilação das informações, quanto ao aspecto cognitivo de cada indivíduo.

Neste contexto, é demonstrada a importância do fluxo da informação para melhoria do gerenciamento. Desta forma, a informação torna-se um ativo, que interfere diretamente na tomada de decisão. Assim, Zegarra afirma que:

“Cada indivíduo ou grupo de uma organização precisa da **informação** de outros indivíduos ou grupos para poder exercer seu trabalho corretamente. A informação suporta o planejamento, controle e a tomada de decisões na organização. A importância de se fornecer oportuna e apropriada é indispensável para **tomar** uma **decisão adequada**.” (ZEGARRA (2000, p.65, grifo nosso)

A tomada de decisão em organizações ressalta conceitos e inter-relações com a informação, abordando modelos decisórios. Cândido et al afirmam que:

[...] as organizações devem gerenciar a informação de forma integrada, a fim de usá-la no momento da **tomada de decisão**; de que para assegurar sua sobrevivência, crescimento e evolução, uma organização não pode se descuidar da **sinergia** entre os **diferentes setores**, bem como do compartilhamento da informação gerada internamente, visando a **fluxos dinâmicos** e acessíveis; de que é indispensável que sejam utilizadas ferramentas de apoio à gestão estratégica da informação, de modo que possam contribuir para a seleção e filtragem da informação mais adequada à tomada de decisão. (CÂNDIDO et al., 2005, p.2)

O conceito apresenta o valor do gerenciamento eficaz da informação, que visa aperfeiçoar as decisões a serem tomadas pelas instituições. Nesta perspectiva, Guimarães e Évora (2004, p.72) adicionam que “a maneira como a informação é obtida, organizada, gravada, recuperada e posteriormente utilizada permite ao gerente atuar com mais segurança, aumentando a possibilidade de acerto na tomada de decisão”. As autoras não fazem uso dos termos gestão e fluxo da informação, porém se percebe que estão intrínsecos à sua explanação. Acrescenta-se aos conceitos acima a afirmação de Lesca e Almeida (1994, p.67) que consideram que “a informação é elemento importante na tomada de decisões pertinentes, de melhor qualidade e no momento adequado [...]”. Os conceitos anteriores culminam no que Cândido et al resumem:

“A gestão estratégica da informação é como já se salientou necessária para a manutenção da competitividade organizacional. Por este motivo, torna-se imprescindível o desenvolvimento de estratégias voltadas a ela, de forma que sejam catalisados os **fluxos de informação**, buscando, entre outras coisas, subsidiar o **processo de tomada de decisão**.” (CÂNDIDO et al., 2005, p.6).

Nesta perspectiva, considera-se indispensável conceituar tomada de decisão, identificar os tipos de decisão, caracterizar o agente de decisão. Maximiano conceitua a tomada de decisão como:

Uma **decisão** é uma escolha entre alternativas e possibilidades. As decisões são tomadas para **resolver problemas** ou aproveitar oportunidades. O processo de tomar decisões (ou processo decisório) é a sequência de etapas que vai da identificação de uma situação que oferece um problema ou oportunidade, até a escolha e colocação em prática de uma ação ou **solução**. (MAXIMIANO, 2004, p.111)

Na visão do autor é destacada a determinação de etapas para a resolução do problema adotando um processo lógico. Semelhante avaliação adotam Cândido et al afirmando:

“Tomar decisão significa interpretar e agir em relação a uma determinada situação percebida, formulando e/ou apoiando em um ou mais signos que promovam o entendimento do cenário e que gerem uma definição mental do melhor caminho, ou seja, reconhecer o problema e desenvolver a ação”. (CÂNDIDO et al., 2005, p.20)

As afirmações convergem no sentido da resolução de problemas ou situações e, posteriormente, na ação gerada.

No entanto, a tomada de decisão na prática clínica vem se modificando ao longo dos tempos, fazendo com que a subjetividade inserida na interconexão dos pensadores de cada época, juntamente com as inferências próprias do profissional e suas experiências, sejam acrescidas na objetividade técnica e teórica que se encontram disponibilizadas nas fontes de informação.

A tomada de decisão está inserida, com maior ou menor ênfase, na rotina de todo trabalho. No cotidiano do profissional de saúde, os caminhos a serem seguidos com o paciente tendem, atualmente, a serem fortemente amparados pelos conhecimentos adquiridos em sua formação, pela experiência profissional e pelo uso das informações científicas confiáveis, além da troca de informações com pares, todos, fatores que constroem a tomada de decisão clínica.

Segundo Sabbatini (1999), a prática clínica tem como premissa o princípio de utilizar dados com comprovação científica, para a prática do diagnóstico, com objetivo de promover o bem-estar e a saúde do paciente. Na prática clínica, a necessidade de informação do profissional de saúde, na grande maioria relacionada com quatro situações básicas:

- Diagnóstico;
- Tratamento;
- Prognóstico; e,
- Prevenção.

Logo, a necessidade de uma informação precisa para tomada de decisão. Desta forma cresce o grau de importância ao fluxo de informação, para que a informação correta esteja ao alcance de quem dela necessita.

Neste sentido, a atividade de busca informacional apresenta-se como fundamental. Wilson (2000) caracteriza a busca informacional, como a tentativa intencional de localizar informação a fim

de atender um objetivo. No decorrer da execução da atividade de busca informacional, pode haver interação com vários sistemas de informação, base de dados, colegas (pares), profissionais externos, etc.

E de posse das informações, resultantes da busca na execução da prática clínica, o profissional de saúde organiza um processo hipotético-dedutivo na criação/elaboração da decisão clínica. Assim, escolhe um grupo restrito de hipóteses relevantes para o raciocínio clínico, no qual a tomada de decisão será baseada na aplicação de raciocínios causais, probabilísticos e/ou determinísticos (MARASCIULO; NASSAR, 2004; DUNCAN, 2004). Feuerwerker (1998) destaca a importância da constituição do raciocínio clínico, mesmo considerando as vantagens do uso das tecnologias para o saber médico, e não elimina a necessidade de considerar as necessidades subjetivas do paciente. (FEUERWERKER, 1998, p.60) A partir deste contexto, a construção da prática com interação de saberes se apresenta com alternativa para a resolução de problemas complexos com efetividade.

Nesta perspectiva, o trabalho interdisciplinar em equipes de saúde propõe integrar a experiência clínica individual com experiências e vivências de profissionais de diversas áreas do conhecimento, criando a melhor evidência disponível dentro da equipe, considerando os valores do paciente e estruturas de trabalho. Podem ser identificadas diversas vantagens para incorporar na prática clínica diária dos profissionais de saúde a interação e debate nas reuniões de equipe:

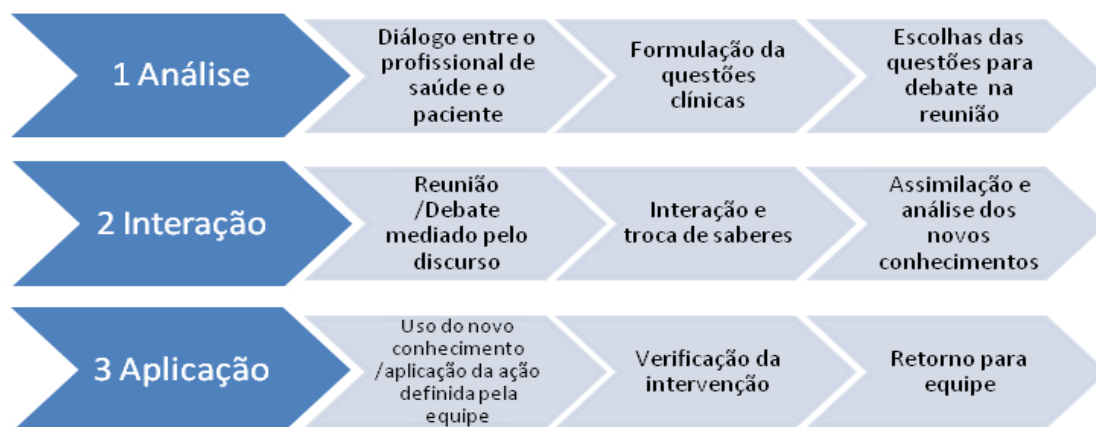
- As controvérsias médicas podem ser resolvidas e/ou esclarecidas ao se fazer o diálogo dentro de uma metodologia adequada;
- As decisões sobre os tratamentos mais efetivos tendem a se tornar mais abrangentes conseguindo alcançar a complexidade dos problemas;
- Sanar dúvidas sobre procedimentos e acesso às fontes de informação de maneira otimizada, com recuperação das informações relevantes em menor tempo;
- A decisão clínica fica assegurada por responsabilidade compartilhada;
- Os pacientes recebem tratamento mais completo e seguro;
- O uso dos recursos tecnológicos e financeiros é mais racional.

A partir deste cenário, a troca de informação através da interação interdisciplinar estabelece um fluxo de informação que incide com peso na prática clínica. Portanto, o fluxo da informação se estabelece como um processo de transferência da informação, não só de um emissor para um receptor, mas como uma forma de construção coletiva de conhecimento. Quando o fluxo das informações provenientes do debate e interações de reuniões de equipes interdisciplinares, conseguir causar uma mudança na situação existente ou interferir na decisão clínica, estarão se referindo ao que Barreto (2002) sinaliza como fluxo extremo de informação. O fluxo da informação que ocorre na relação do profissional de saúde/paciente, durante a prática clínica, se inicia quando o

paciente, através da informação causal e informal, diálogo/interação, comunica seus problemas ao profissional de saúde. Este profissional transforma as reclamações em questões clínicas e utiliza sua habilidade clínica e conhecimento técnico, para elaborar uma proposta (diagnóstica, terapêutica, preventiva ou prognóstica) e por meio da discussão com o paciente, produzir a melhor decisão clínica a ser utilizada.

A partir deste fluxo surgem muitos outros, no presente estudo fixamos nosso olhar no fluxo da informação entre os profissionais de saúde ocorridos em reuniões de equipe interdisciplinar. Este fluxo se inicia a partir da relação profissional da saúde/paciente, porém as questões clínicas são tratadas por diversos saberes e, através da interação, se desenvolve a possibilidade de se construir intervenções mais abrangentes. O fluxo da informação nas equipes pode ser descrito minimamente conforme figura abaixo.

**Figura 5** - Fluxo de informação referente a reunião de equipe CGABEG



Vale a pena destacar que em relação ao fluxo da informação na sociedade atual, as mudanças decorrentes da interatividade e à interconectividade no relacionamento dos usuários (receptores) com a informação são tão importantes, quanto o desenvolvimento do instrumental tecnológico (BARRETO, 1999). A composição da relação entre o fluxo da informação e o destinatário do conhecimento vem se transformando com as TICs. Barreto (1999, p.376-377) amplia esta concepção, quando destaca que estas mudanças no campo tecnológico das atividades de armazenamento e transmissão da informação vêm trazendo mutações contínuas, também na interação da informação com seus usuários. Segundo Barreto (2003), a transformação estrutural no fluxo da informação e do conhecimento, proveniente do maior uso das TICs, reorientou conceitos e aspectos operacionais da comunicação, ao alterar a configuração, o tempo e o espaço das interações humanas. Desta forma, a comunicação assume um papel importante para o entendimento dos fluxos de informações que ocorre em reuniões de equipes interdisciplinares de profissionais de saúde.

## 6.4 COMUNICAÇÃO E FLUXO

Promover mudanças na área da saúde exige a proposição de planos de ações em diferentes esferas. É preciso, por exemplo, desenvolver estratégias especificamente para cada área, situação, público ou cenário, considerando que técnicas não constituem fins em si mesmas, mas meios ordenados e seguros para operar mudanças. Dessa forma, entendida como área essencial para suporte a outros campos de conhecimento, a comunicação favorece a criação de recursos metodológicos para transformação da realidade. Não se trata apenas de promover ações, mas de justificá-las, face às condições reais em que os objetivos são propostos e os recursos disponibilizados. Atributos da comunicação em favor da saúde.

A comunicação está presente não só nas interações, diálogos, como também ligada ao fluxo de informação no trabalho em equipe. Embora pautada em diferentes enfoques teóricos, a comunicação apresenta-se de diferentes maneiras, como; na necessidade de reconhecimento da transversalidade de algumas ações, na atitude de cada integrante da equipe, na busca de familiaridade com as demais disciplinas, na conexão dos diferentes processos de trabalho com base no reconhecimento do trabalho do outro profissional, no reconhecimento do papel profissional, nas responsabilidades dos demais integrantes da equipe, e na articulação das disciplinas e saberes. Portanto, trata-se da dimensão da comunicação e da ética subentendida à interação humana, ou seja, o próprio reconhecimento das conexões entre as intervenções busca estabelecer acordos, que requerem a mediação da linguagem, e comunicação entre os profissionais.

O ato de comunicar compreende a congregação de ideias, emoções, e informações, logo, uma pluralidade de expressões. A comunicação serve de alicerce das relações entre indivíduos, e possibilita que as significações (mensagens) sejam repassadas entre as pessoas, das mais variadas formas. Nas instituições a comunicação é um elemento fundamental no apoio a uma gestão eficaz. No caso das instituições da área da saúde, a comunicação colabora na gestão de recursos, na tomada de decisão, além de promover um atendimento humanizado, seja na prevenção, no processo de cura, na reabilitação ou na promoção da saúde (RODRIGUES, 2012).

Neste contexto, a efetivação das funções comunicacionais, o diálogo, registro e busca de informações etc, devem procurar focar em ações para resolução de problemas. Em relação ao uso de cunho político, a comunicação é instrumento que contribui para gestão da saúde, beneficiando a interseção de interesses e apontando necessidades de naturezas clínicas, financeiras, materiais etc. Em outra esfera, de caráter educacional, a comunicação se apresenta como instrumento que possibilita a educação em saúde. Com o uso do diálogo é possível estabelecer conexões que permitam: aconselhar e sugerir mudanças de conduta, alertar sobre a saúde e sobre as doenças, realizar exames médicos com periodicidade, instruir sobre ações de prevenção e autocuidados aos

pacientes, no intuito de aprimorar o acesso aos serviços. (CARVALHO, 2012)

Na relação entre os profissionais de saúde, segundo Carvalho, a comunicação pode “melhorar significativamente as relações interprofissionais, a comunicação interna dos hospitais e das unidades e a qualidade dos serviços” (CARVALHO, 2012, p.58). Neste contexto, a comunicação na área da saúde alcança um status de recurso.

A comunicação também estabelece a função de intermediadora, à medida que permite o diálogo e análise crítica de assuntos relacionados a outras ciências. Como metodologia, provê o espaço ideal ao debate, favorece a comparação, e confronto de ideias e interesses. (CARVALHO, 2012)

Desta forma, para que se consiga alcançar a eficiência na comunicação é preciso que as interações produzam significado e credibilidade junto aos pacientes, auxiliando o processo de efetiva aceitação ao tratamento. Neste processo, alguns aspectos devem ser observados para agilizar a seleção dos meios de comunicação e o emprego dos suportes disponíveis, buscando constituir o menor índice de ruídos possíveis. (RODRIGUES, 2012)

Toda instituição precisa de comunicação para manter-se viva. E neste sentido, os ambientes dentro de instituições permitem a existência de alguns tipos de comunicação: a formal e a informal, e no modelo simétrico e assimétrico. E para eficácia do processo é necessário que os dois tipos de comunicação – formal e informal – sejam aferidos com cuidado (RODRIGUES, 2012). Segundo Freitas (2006), para entender e compreender mais profundamente a organização, o comunicador necessita ultrapassar os elementos formais, conectando com análises das atitudes e ações. Ressalta-se que muitas vezes é no informal que o indivíduo se caracteriza como pessoa. Nesta perspectiva, Kunsch afirma que as organizações precisam considerar:

“aspectos relacionais, os contextos, os condicionamentos internos e externos, bem como a complexidade que circunda todo o processo comunicativo. Daí a necessidade de transpormos do olhar meramente mecanicista da comunicação para um olhar mais interpretativo e crítico” (KUNSCH, 2003, p.72).

Também, deve-se observar se está incluso no discurso formal e informal a conversação, e se ocorre no modelo simétrico, em que ambos os interlocutores têm o mesmo direito não só de tomar a palavra, mas também de escolher o tópico discursivo, direcionando-o de acordo com o tempo de participação. E se ocorre de acordo com o modelo assimétrico, onde ocorre uma prioridade no que diz respeito ao uso da palavra, cabendo a um dos interlocutores começarem a conversação, conduzindo-a e também mudar o tópico.

Para a interpretação da comunicação oral, é necessário entender a conversação, ou seja, como ela ocorre e suas particularidades. A conversação é caracterizada como uma ação na qual participam dois ou mais interlocutores que se alternam, tratando sobre temas próprios do dia-a-dia. No interior das unidades discursivas, o fluxo pode ser nebuloso, dando origem a descontinuidades

que conferem um ritmo menos desenvolvido à progressão temática. Pode também, desenrolar com naturalidade, de modo contínuo e, portanto, mais rápido. (CHAGAS, 2007).

Neste sentido, uma conversação espontânea é relativamente não planejada, ou seja, é gerida passo a passo, uma vez que o que será dito, a forma como será dito e quem irá dizê-lo são elementos que podem ser antecipados apenas para sequências limitadas, tornando-se difícil definir a forma e a direção do assunto para toda sequência.

A interação que ocorre através da língua, onde se profere um enunciado linguístico, contém certa força, podendo provocar no interlocutor determinado efeito, ainda que não aquele que o locutor tinha como objetivo. Portanto, um ato de linguagem não é simplesmente um ato de dizer, mas sim, um ato social pelo quais os componentes de um grupo/equipe interagem. (CHAGAS, 2007).

Neste contexto, se considerar que “falamos através de textos”, isto é, se os discursos compõem de fato o elemento adequado da linguística; se, de outro lado, admitimos que a língua é um instrumento de resolver os problemas que se surgem constantemente na vida social, logo, a forma que serve de base da organização da atividade de linguagem é a conversação, visto que ela é a forma da vida cotidiana, uma forma interativa, inseparável da situação.

Utilizando-se deste pressuposto, se verifica que no próprio momento da interação e que o texto falado nasce, isto é, ele é o seu próprio rascunho. Segundo Chagas a interação imediata é a que importa, pois:

“acontecem pressões de ordem pragmática que acabam por sobrepor-se à sintaxe. Isto representa que o locutor, muitas vezes, vê-se obrigado a deixar a sintaxe em prol das necessidades da interação, fato que se percebe através da presença, no texto falado, de sobreposição de vozes, orações truncadas, inserções de tópicos variados para garantir a compreensão dos enunciados pelos interlocutores”. (CHAGAS, 2007, p.118).

Desta forma, o texto oral é uma criação coletiva de seus participantes. Assim, a ação comunicativa se apresenta como um valioso recurso para a área da saúde, no que se refere tanto à produção do conhecimento, quanto às práticas que envolvem profissionais, pacientes. Os aspectos sociais da comunicação possibilitam examinar e discutir a condição humana frente o desenvolvimento dos indivíduos a partir de elementos como a interação, a informação e a formação de hábitos e atitudes.

No campo da saúde, a comunicação exerce uma força educativa pela qual vem sendo cada vez mais observada. O fenômeno da educação em saúde se apresenta como um jogo de vários saberes, que “constituem as práticas e as reflexões envolvidas nas relações entre educação e comunicação na área da saúde” (DONATO; GOMES, 2010, p.42).

O objeto da pesquisa tem com centro o fluxo da informação que ocorre em reuniões de equipe interdisciplinares de profissionais da saúde. Portanto, realizou-se pesquisa na literatura, para

construção de alicerce teórico e orientação sobre ações de equipe multiprofissional que tenha como base a interação dos indivíduos envolvidos em trabalho em equipe, para a solução de um problema e produção de conhecimento em saúde.

Neste sentido, utilizamos de alguns elementos da teoria de ação comunicativa de Jürgen Habermas, filósofo e sociólogo alemão, considerado autor da segunda geração da Escola de Frankfurt. A teoria da ação comunicativa está alinhada com proposta da pesquisa, pois dentre seus elementos, está presente a função de construção de ações através do discurso, e pelo caráter interdisciplinar.

Habermas, na teoria de ação, emprega o mesmo pressuposto utilizado na sociologia fenomenológica de que “a interação comunicativa se localiza no centro da ação social” (FORESTER, 1994, p.134). Por isso, o autor a denomina teoria da ação comunicativa (HABERMAS, 1987a, 1987b e 1989a). Ao adotar a perspectiva das abordagens de tradição fenomenológica interacionista e hermenêutica, Habermas entende a ação social como sendo um processo de interação genealogicamente constituído pela interpretação e entendimento linguístico (PIZZI, 2005). Neste sentido, Habermas diz:

“No interacionismo simbólico, na etnometodologia e na sociologia de inspiração hermenêutica tem se colocado, entretanto, outro [sic] paradigma: a interação se entende aqui como um processo de interpretação onde os participantes negociam, por meio de interpretações recíprocas, uma definição comum da situação. Com este conceito de ação, o processo de entendimento [sobre algo no mundo] passa a ocupar posição central”. (HABERMAS, 1989a, p. 389).

Para Habermas, a racionalidade é vista como fonte de inspiração entre as relações na sociedade, o que possibilita autonomia dos indivíduos interferindo na percepção do mundo (HABERMAS, 1987a, 1987b, 1987c, 1987d). O autor utiliza da sua teoria a perspectiva de emancipação da razão, sem abandonar a crítica à racionalidade instrumental, que se confere a possibilidade de ultrapassar o egocentrismo subentendido na racionalidade pretendida pela ação estratégica (VIZEU, 2005). Assim, Habermas escreve:

Eu abordei o agir comunicativo e o estratégico como duas variantes da interação mediada pela linguagem. No entanto, somente ao agir comunicativo é aplicável o princípio segundo o qual as limitações estruturais de uma linguagem compartilhada intersubjetivamente levam os atores – no sentido de uma necessidade transcendental tênue – a abandonar o egocentrismo de uma orientação pautada pelo fim racional de seu próprio sucesso e a se submeter aos critérios públicos da racionalidade do entendimento. (HABERMAS, 1990, p.82-83).

No núcleo da proposta da teoria da ação comunicativa, Habermas utiliza como princípio a capacidade dos homens de utilizar a linguagem para se comunicar com os seus pares, com intuito de entendimento (IAROSINSKI, 2000).

Habermas define a ação comunicativa como:

aquela forma de interação social em que os planos de ação dos diversos atores ficam coordenados pelo intercâmbio de atos comunicativos, fazendo, para isso, uma utilização da linguagem (ou das correspondentes manifestações extraverbais) orientada ao entendimento. À medida que a comunicação serve ao entendimento (e não só ao exercício das influências recíprocas), pode adotar para as interações o papel de um mecanismo de coordenação da ação e com isso fazer possível a ação comunicativa. (HABERMAS, 1987b, p.418)

Na construção da teoria do agir comunicativo Habermas discorre em uma teoria que possa ir além da teoria crítica, da hermenêutica e da fenomenologia e busca reconstruir, a partir da linguagem, a individualidade no contexto de uma intersubjetividade comunicativa (PIZZI, 2005). Neste sentido “o agir comunicativo consolida o giro pragmático, possibilitando fundamentar um procedimento argumentativo capaz de vincular o agir comunicativo com a práxis cotidiana.” (PIZZI, 2005, p.94). Segundo Pizzi, “as teorias do conhecimento são insuficientes, pois carecem de uma fundamentação capaz de libertar a filosofia dos limites da filosofia da consciência e do sujeito monológico” (PIZZI, 2005, p.93)

Pontos importantes nesta mudança precisam ser observados como: um novo conceito de razão como força motivadora, capaz de garantir o entendimento entre os sujeitos; distinção entre a atitude do observador com o sujeito envolvido nos processos comunicativos; desencanto com a filosofia da consciência que remete para o paradigma da comunicação, aspecto vital da teoria do agir comunicativo e a insistência no foco pragmático da linguagem, dadas as inconsistências das teorias do significado (PIZZI, 2005).

Para Habermas o uso pragmático da linguagem evidencia sua estrutura pela interação intersubjetiva, através das quais os participantes podem coordenar seus planos de ação. Tal uso fornece as ferramentas necessárias para o reconhecimento intersubjetivo da validade de pretensões, que é seu aspecto fundamental. É necessário, para tanto, um domínio da língua em conjunto com a capacidade de comunicação.

As relações intersubjetivas permitem identificar a pluralidade dos interesses em uma discussão, sendo neste ponto que se observa a necessidade de reconstruir um espaço crítico e aberto de uma ética da discussão. Habermas (1987b, p.390) entende a racionalidade como uma fonte inspiradora das ações humanas e que permite a libertação dos homens e maior entendimento do mundo.

No início dos anos sessenta Filósofos da Escola Analítica de Oxford criaram a Teoria dos Atos de Fala no interior da Filosofia da Linguagem, tendo sido, posteriormente apropriada pela Pragmática, eles entendiam a linguagem como uma forma de ação ("todo dizer é um fazer"). Passaram, então, a refletir sobre os diversos tipos de ações humanas que se realizam através da linguagem denominados os "atos de fala". As teorias dos atos de fala são imprescindíveis para o

entendimento comunicativo, na coordenação de ação e na socialização dos atores, pois a meta de qualquer ato de fala é chegar à compreensão conjunta de uma coisa ou de uma maneira de ver comum (HABERMAS, 1999 apud PIZZI, 2005).

Os pressupostos que fundamentam o agir comunicativo estão contidos na VERDADE: para o conteúdo proposicional do enunciado em atos de fala **constatativos**; RETIDÃO (legitimidade): para as normas que justificam a relação interpessoal, para atos de fala **regulativos** (ou normativos); na VERACIDADE: para a manifestação das vivências, para atos de fala **expressivos** e INTELIGIBILIDADE: requisito para que falante e ouvinte possam chegar ao entendimento comum sobre aquilo que está sendo dito, o acordo racional (princípio do discurso) se dá pelo entendimento intersubjetivo (e não por imposição), a partir de uma compreensão mútua, do saber compartilhado, da confiança recíproca e concordância de uns com os outros. (PIZZI, 2005).

Os atos de fala têm em sua concepção um pressuposto de compreensão mútua de significados, que é antecedente à ação do ato de fala. Por indução, pode-se alegar que a comunicação apenas cumprindo as quatro condições de validade do proferimento será considerada plena (VIZEU, 2005). Utilizando esse quadro epistemológico, Habermas explica dois tipos básicos de ação racional, quais sejam:

- A ação racional instrumental: a ação de um sujeito na intervenção da realidade objetiva, em que a racionalidade da ação é acertada teleologicamente, e o elemento fundamental da efetividade é a eficiência (economia de recursos na consecução do objetivo). Neste tipo, a característica racional da ação tem como premissa a busca de resultados objetivos (êxito ou eficácia da ação), medidos em termos de eficiência técnica no uso de meios (relação sujeito–objeto);
- A ação racional comunicativa: ação que considera os sujeitos envolvidos competentes linguisticamente, onde racionalidade se baseia no emprego de argumentos válidos, dotados de elementos capazes de fundamentar as proposições e os enunciados avaliados na interação comunicativa. A legitimidade dos argumentos é impetrada pelo alcance de todas as pretensões de validade. Neste tipo de ação, sucede uma orientação dialógica, em virtude da capacidade comunicativa, que promove a coordenação mútua, e está disponível a todos os participantes.

Para Habermas, a validade do princípio discursivo advém de um processo de obtenção de consenso racional entre os afetados, um modelo ideal de comunicação que possibilita perceber desejos gerais e, permitir que os envolvidos tenham a chance de conseguir definir, consensualmente, normas universais, ou seja, uma ideia reguladora. Desta forma, a fundamentação argumentativa tem como premissa que para uma norma se qualifique como universal, será necessário que seja igualmente boa para todos (HABERMAS, 1999a, p.166).

A partir do princípio procedimental da ética discursiva se confere a validação do discurso, através da dupla estrutura da fala, a proposicional e a performativa, que adentra os interlocutores no nível da intersubjetividade, incorporando “ponto de vista moral no procedimento de uma argumentação verificada intersubjetivamente, conduzindo os participantes a uma ampliação idealizável de suas perspectivas interpretativas” (HABERMAS, 1998, p.52).

Para Cortina (2003), as decisões sofrem influência das circunstâncias peculiares de cada caso, como também, as decorrências provocadas por elas. Assim, a autonomia do sujeito torna-se requisito básico no sentido de obedecer à força de convicção do melhor argumento; na fundamentação argumentativa o princípio da universalização é o que torna possível o acordo em argumentações morais, obrigando os participantes ao compromisso de chegar ao processo de entendimento, em forma de um princípio ético da argumentação prática.

Habermas (1987) define a ação racional como uma ação fundamentada no questionamento, é aquela que pode ser questionada e sustentada por argumentos, que fazem sentido no entendimento compartilhado de significações. Portanto, os critérios de racionalidade são relativos a determinada comunidade linguística, pois apenas os participantes da ação compartilham do mesmo conjunto de significados, alcançando o sentido empregado. Logo, para cada cultura existe uma pretensão de validade para determinado ato de fala.

A interação utilizada como base do processo de comunicação, permite a troca entre os indivíduos, fazendo uso do discurso para legitimar as normas e validar suas proposições (CARVALHO, 2012). Com isto, a ação interativa acontece com a organização das ações dos indivíduos envolvidos no processo, cujo resultado está relacionado à forma como eles vêem o mundo e como absorvem os critérios instituídos pelas regras. Portanto, a interação se dá a partir da aceitação dos participantes de normas sociais estabelecidas previamente. Estas normas apresentam expectativas de todos os elementos envolvidos na interação, e são criadas no decorrer do processo (CARVALHO, 2012).

Neste sentido, cada indivíduo espera do outro um comportamento já conhecido pelos demais. Fazendo com que, o importante deixa de ser o êxito e passa a ser a valorização que os indivíduos depositam na atitude do outro, de maneira que a não realização das normas estabelecidas pode gerar conflitos (HABERMAS, 1997). Destaca-se também, que a interação é a forma com que pessoas expressam suas experiências, expectativas, desejos, anseios, vivências, objetivos, etc., ou seja, como manifestam seu interior. (HABERMAS, 1993).

Em cada ato de fala, estão presentes os interesses de cada indivíduo, os sujeitos anseiam por determinadas coisas, para as quais buscam validade no processo de comunicação. De tal forma que a validade significa atender às normas e se adaptar a elas, simultaneamente com a busca de validação das experiências e intimidades de cada um, o que impõe o uso da sinceridade em suas

atuações. Nesta visão, a linguagem se sobressai, à medida que legitima valores (sinceridade, adequação, atendimento às normas e verdade) nas ações comunicativas, sendo que pode ser alcançada pelo que está acordado e validado pelo grupo (CARVALHO, 2012).

Neste contexto, a organização social se estabelece na interação dos seres humanos, através da linguagem, independente de prescrições internas e externas. Habermas (1990a) defende o discurso como a ferramenta utilizada pelos indivíduos para se comunicarem, com objetivo de adquirir legitimidade de suas opiniões e das normas às quais precisam cumprir, e com isso atingir o que Habermas denomina de agir comunicativo (HABERMAS, 1990<sup>a</sup>).

Assim, Habermas sugere o emprego do acordo comunicativo como base da racionalidade situada na perspectiva linguística da ação social. Neste cenário, a possibilidade de que haja argumentação para resolução sobre determinada questão, e a concordância do grupo de tais argumentos para validar a ação coletiva. Esta construção do consenso é denominada pelo autor como orientação para o entendimento, fundamento base da ação comunicativa plena. As referências analíticas da orientação para o entendimento são denominadas pretensões de validade do ato de fala (HABERMAS, 1987; 1989).

Habermas ressalta também, outro tipo de orientação na comunicação, orientação voltada para o êxito, com a comunicação norteadas prioritariamente para o resultado da ação, baseada pela racionalidade instrumental, denominada pelo autor como ação estratégica. Esta comunicação utiliza o interlocutor como um meio para se alcançar um objetivo. Na ação estratégica prevalece a relação sujeito-objeto, onde o agente é o sujeito e o outro participante da interação é o objeto. Neste tipo de comunicação o emprego do ato de fala, é o tipo estratégico, corresponde a um ato perlocucionário, uma categoria monológica e manipulativa de ação. Sendo que este último aspecto acontece especialmente porque “os atos perlocucionários constituem uma subclasse de ações teleológicas que o ator pode realizar por meio de atos de fala sob condição de não declarar ou confessar como tal o fim de sua ação” (HABERMAS, 1987, p.375).

Desta forma, quando a orientação é voltada para o êxito da ação, os critérios de validade da interação comunicativa são corrompidos, sob risco de não obter êxito. Assim, o sujeito que almeja que seu interlocutor faça algo, faz uso da comunicação, com argumentos moldados em função do êxito da ação, não por que deseja se fazer entendido, mas para alcançar o resultado (VIZEU, 2009).

Para Habermas uma ação só é considerada como uma ação orientada para o entendimento se contemplar os quatro requisitos de validade. Portanto uma ação orientada para o entendimento em um processo relacional permite reconhecer, intersubjetivamente, todos os atores como partícipes do processo, pois todos são válidos. Desta forma, a produção das informações dentro das organizações se torna responsabilidade de todos os atores incumbidos da produção e veiculação. (GARCÍA-MARZÁ, 2004b; GONZÁLEZ ESTEBAN, 2003 apud COUTO, PIZZI, 2011).

Neste sentido, a ação comunicativa em conjunto com o caráter central da interação pelo uso da linguagem na práxis social, elabora um construto que agrega múltiplas visões de mundo e de indivíduo, e essa diversidade é importante para o entendimento do fenômeno organizacional. Permite que se verifiquem contradições nas relações interpessoais entre membros de equipe de trabalho, já que a ideia de distorção comunicativa, antes de ser um mero problema de comunicação organizacional, reflete a dificuldade de reconhecimento do outro enquanto sujeito competente, enquanto membro integrante de uma mesma equipe. (VIZEU, 2005)

O trabalho em equipe na área da saúde possui entre seus componentes a comunicação entre os profissionais e destes com os usuários/pacientes, visto a natureza intersubjetiva do trabalho em saúde. Logo, no trabalho em equipe observa-se, de um lado, a ação do trabalho, ação racional dirigida a um fim, caracterizada predominantemente como ação instrumental e ação estratégica; de outro, interação social que se refere a uma ação comunicativa simbolicamente mediada e orientada por normas de vigência obrigatória, que definem as expectativas recíprocas de comportamento e que têm de ser entendidas e reconhecidas mutuamente pelos interlocutores (PEDUZZI, 2009). Para Habermas, a ação comunicativa funda-se na intersubjetividade, na busca pelo entendimento e reconhecimento mútuo, livre de coação interna e externa (HABERMAS, 1989, 1994; 2001).

Nesta perspectiva, verifica-se que o campo da saúde necessita de mais ações favoráveis no sentido de orientação das práticas e democratização e interação do saberes entre os profissionais que formam uma equipe. Então, se capacitada, os esforços de uma equipe multiprofissional de saúde se mostram compatíveis com os conceitos da ação comunicativa, defendida por Habermas (1993), à medida que, se educando para a saúde, o aspecto formativo retratará indivíduos mais críticos e participativos, capazes de antecipar-se às expectativas dos pacientes e da comunidade.

No trabalho em equipe profissionais de saúde, a comunicação está imbricada ao trabalho, é intrínseca à execução das atividades práticas, pois “por meio da mediação simbólica da linguagem, ocorreria à articulação das ações, a colaboração e a integração dos saberes técnicos e a interação dos agentes” (PEDUZZI, 1998, p.229). Assim, a prática comunicativa apresenta-se como alternativa capaz de se constituir como princípio organizador do trabalho em equipe e gerar a integração e a recomposição dos trabalhos especializados. (PEDUZZI, 2007).

Portanto, a comunicação se faz presente no fluxo da informação através do ato de fala, com ações de cunho instrumental ou comunicativo, que estabelece com uso do discurso interações de diversos saberes na prática de equipes de saúde. As ações de comunicação se mostram suficientes para estimular a interação comunicativa dos profissionais, buscando a adesão às diretrizes por meio da troca de opiniões, conhecimentos e vivências. A ação comunicativa permite estabelecer o diálogo na busca pelo autoconhecimento dos indivíduos de um grupo, reconhecer as competências dos demais elementos e estabelecer um acordo sobre as regras fixadas.

## 7 REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Para alcançar os objetivos propostos, foi definida a realização de um estudo empírico de abordagem qualitativa, no intuito de se aproximar de um nível de realidade dos atores sociais envolvidos no fenômeno estudado, que não pode ser quantificado, que aceita a subjetividade como fração integrante do fenômeno a ser pesquisado e permite, através do uso da teoria e técnica adequada, a objetivação do processo de investigação.

A metodologia utilizada foi de cunho exploratório, bibliográfico e de campo. Na primeira etapa, recorreu-se à literatura produzida da área da saúde e ciência da informação, visando um levantamento bibliográfico, cujo objetivo foi estabelecer o referencial teórico.

Na segunda etapa, realizou-se a revisão sistemática da literatura. A revisão bibliográfica representa uma das primeiras atividades a ser executada em um processo de pesquisa. A execução de uma revisão é de grande importância para o mapeamento do conhecimento prévio adquirido sobre a pesquisa em questão. Porém, normalmente as revisões da literatura são conduzidas sem um protocolo pré-estabelecido, o que resulta em revisões com fontes importantes de estudos omitidas. (MAFRA; TRAVASSOS, 2006).

Com o intuito de diminuir estes problemas, foi realizada uma revisão sistemática da literatura, que consiste em uma abordagem de pesquisa científica que vai além de uma revisão tradicional. Sua eficácia consiste na realização de uma abordagem rigorosa e confiável, que possibilita a realização da trilha de auditoria, já que possui um protocolo que define os critérios utilizados. Uma revisão sistemática da literatura é mais ampla que uma revisão tradicional, pois possibilita que dados obtidos possam ser mais bem analisados, com o intuito de produzir evidências que apresentam um detalhamento de conceitos relacionados a um determinado tópico de pesquisa.

Desta forma, a partir da integração de resultados de estudos primários, se identificou lacunas de conhecimento que direcionaram esforços na pesquisa sobre o tema de interesse da investigação. A pesquisa procurou explorar os conceitos de interdisciplinaridade e fluxo da informação, dentro do trabalho em equipes profissionais de saúde, a fim de incentivar o diagnóstico e análise de inconsistências encontradas ao comparar estudos individuais com resultados contrastantes entre si.

A partir dos resultados encontrados na revisão sistemática, foram definidos os conceitos explorados na construção da base teórica, que norteou a pesquisa empírica. A pesquisa empírica foi desenvolvida a fim de corroborar com a proposta desse trabalho. O estudo empírico foi realizado na CGABEG, com uma equipe interdisciplinar (Equipe Alfa), que atende aos pacientes das Alas Azul e Amarela. No total são 35 pacientes, que são atendidos por profissionais de diversas áreas do

conhecimento como Serviço Social, Musicoterapia, Enfermagem, Nutrição, Terapia Ocupacional, Odontologia, Clínica Médica.

Na rotina de trabalho destes profissionais, está agendada uma reunião semanal, com duração de 1 hora, que conta com a participação de toda equipe. Participei em caráter de observação não participante, de um total de doze reuniões, onde foi utilizado como modelo de diário de campo um Roteiro de Observação não Participante, que segue no Apêndice B. O desenvolvimento desta atividade ocorreu entre os meses de setembro de 2013 a janeiro de 2014, não sendo possível a participação sequencial, devido ao fato de algumas reuniões não ocorrerem, por conta de eventos da instituição em que a maioria dos membros da equipe estavam envolvidos. Durante a participação nas reuniões, o material teórico, derivado da revisão sistemática, foi utilizado para nortear: as análises dos fluxos informacionais, a comunicação e o uso da linguagem, a produção da informação e sua utilização, assimilação/ruído e representação.

### **Atividades :**

As atividades previstas para essa pesquisa foram as seguintes:

- a) **levantamento preliminar das referências bibliográficas:** esta atividade destinou-se à pesquisa de referências bibliográficas sobre Interdisciplinaridade, Fluxo da Informação em saúde, a fim de elucidar conhecimentos preliminares do campo de estudo e selecionar materiais de apoio à pesquisa;
- b) **início da revisão sistemática da literatura:** definição dos eixos conceituais para pesquisa;
- c) **formulação de protocolo de pesquisa:** foi definido o tipo de evidência da investigação e a especificação dos conceitos do objeto da pesquisa;
- d) **coleta de dados:** aplicação dos critérios, definidos no protocolo, nas bases de dados, em busca de trabalhos que descrevam estudos de interesse;
- e) **análise e interpretação de estudos válidos:** interpretação dos estudos quanto a validade para a pesquisa, seleção de dados em razão do foco da pesquisa;
- f) **leitura e fichamento do material coletado:** essa atividade realizou-se com a leitura minuciosa e fichamento dos estudos selecionados;
- g) **pesquisa empírica pela participação em reuniões:** foi realizada a observação não participante nas reuniões da equipe interdisciplinar na CGABEG, onde se utilizou a base teórica dos dados coletados para analisar as principais questões relativas à pesquisa;
- h) **aplicação do questionário:** foi coletado um conjunto de informações sobre a visão da equipe acerca de aspectos relacionados ao fluxo de informações e uso destas informações na prática clínica;

- i) **análise do material coletado na pesquisa empírica:** nesta atividade foi desenvolvida a sistematização dos dados para o confronto com o material teórico derivado da revisão sistemática, e indicação das evidências encontradas; e
- j) **redação final:** escrita efetiva da pesquisa.

A revisão Sistemática de Literatura (RSL) é amplamente utilizada em diferentes campos do conhecimento na construção de uma pesquisa científica, porém teve seu desenvolvimento na medicina. Consegue condensar o conhecimento fracionado em um único estudo, permitindo ao pesquisador uma cobertura mais ampla. Desde a década de 1980, tornou-se um dos pilares metodológicos para o desenvolvimento da medicina baseada em evidência (MBE) e, posteriormente, a perspectiva abrangendo outras áreas da prática baseada em evidência (PBE). Esse método permite refinar os resultados de vários estudos. Através dele evita-se a duplicação de esforços de pesquisas já realizadas e apoia-se o estudo em outros já conduzidos.

De acordo com Mafra e Travassos a revisão de literatura é o meio pelo qual o pesquisador pode identificar o conhecimento científico existente em uma determinada área, de forma a planejar sua pesquisa, evitando a duplicação de esforços e a repetição (MAFRA; TRAVASSOS, 2005, p.10).

Na revisão sistemática da literatura, o pesquisador utiliza uma metodologia clara e bem definida, planejada para responder a uma pergunta específica, utilizando métodos para identificar, selecionar, avaliar criticamente os estudos, coletar e analisar os dados. Toda esta estrutura procedimental é utilizada para evitar viés (tendenciosidade), visando minimizar os erros nas conclusões, possibilitando que diferentes pesquisadores que seguirem os mesmos passos descritos, e conseguirem chegar às mesmas conclusões. A revisão sistemática de literatura também possui como características: precisão, controle, abrangência e consistência no levantamento bibliográfico, assim como possibilidade de uma trilha de auditoria, e equivalência de resultados por outros pesquisadores que tenham interesse em produzir trabalho no mesmo campo de pesquisa.

As revisões sistemáticas de literatura são metódicas, explícitas e passíveis de reprodução, além, de indicar novos rumos para futuras investigações (SAMPAIO; MANCINI, 2007). Portanto, a RSL detém maior rigor científico na sua preparação, em comparação com a revisão bibliográfica comum. As RSL deixam definidas a priori todas as etapas metodológicas, permitindo um rigor no controle das fases de execução, diminuindo vieses na pesquisa, por exemplo, na seleção de artigos. Além, de possibilitar a comparação formal de diferentes resultados.

Existem algumas definições para revisão sistemática de literatura, para Kitchenham a RSL é “uma maneira de identificar, medir e interpretar toda pesquisa relevante para uma questão específica de pesquisa, ou uma área tópico ou ainda um fenômeno de interesse” (KITCHENHAM, 2004, p.1, tradução nossa). Para Biolchini et al (2005) a revisão sistemática é uma metodologia

criada para obter e avaliar evidências disponíveis em outros estudos primários a respeito de um tópico de pesquisa focado.

A Colaboração Cochrane é uma organização internacional, que envolve pesquisadores de todo o mundo e tem como objetivo fazer revisões sistemáticas sobre intervenções em saúde e disseminar seus resultados em todo o mundo. A Cochrane é conhecida universalmente como uma das melhores fontes de evidências para pesquisa, por seguir métodos científicos rigorosos (CALIRI; MARZIALE, 2000; SOARES, 2005). A Colaboração Cochrane, segundo Castro (2001), produziu o Cochrane Handbook, que preconiza sete etapas para a realização de uma revisão sistemática, apresentadas a seguir:

### **1ª etapa - Formulação da pergunta**

Formulação da pergunta é uma fase aparentemente simples, mas é de fundamental importância, pois só se chega à resolução do problema, se a questão for bem definida (PEREIRA; BACHION, 2006). Uma pergunta bem formulada facilita a tomada de decisão sobre o que deve ou não ser incluído na revisão (CASTRO, 2001). Após a elaboração da pergunta é elaborado o protocolo de pesquisa que servirá de base para todas as etapas seguintes, norteadas as ações em função do problema a ser estudado.

### **2ª etapa - Localização e seleção dos estudos**

Para localizar e selecionar os estudos a serem incluídos na revisão deve-se utilizar as bases de dados eletrônicas para buscar referências bibliográficas dos estudos relevantes; solicitar estudos de especialistas; pesquisar manualmente revistas e anais de congressos, detalhando o método utilizado para cada uma das fontes utilizadas.

### **3ª etapa - Avaliação crítica dos estudos**

A avaliação crítica é a aplicação dos critérios já preconizados no protocolo de pesquisa, que visa determinar quais são os estudos válidos para a revisão, para isto são usados critérios rigorosos para determinar a validade dos estudos selecionados e qual a probabilidade de estarem com dados viciados. Além de explicitar os parâmetros utilizados para exclusão.

### **4ª etapa - Coleta de dados**

Nesta fase, são coletadas todas as variáveis estudadas, as características do método, dos participantes e dos desfechos clínicos, que permitirão determinar a possibilidade de comparar ou não os estudos selecionados. Pode ser necessário entrar em contato com o autor do estudo para solicitar maiores detalhes.

### **5ª etapa - Análise e apresentação dos dados**

Os estudos deverão ser agrupados de acordo com suas semelhanças e analisados conforme os objetivos previamente definidos de forma explícita.

### 6ª etapa - Interpretação dos dados

É nesta fase que se determina a força da evidência encontrada, a aplicabilidade dos resultados, informações sobre custo e a prática corrente que sejam relevantes e determinados os limites entre os benefícios e os riscos.

### 7ª etapa - Aprimoramento e atualização da revisão

A revisão será publicada e poderá receber críticas e sugestões que devem ser incorporadas às edições subsequentes, atualizando-a sempre que surgirem novos estudos sobre o tema. E é exatamente esta, a diferença entre a revisão sistemática e a revisão tradicional, a busca de possíveis vieses em todas as etapas. A revisão sistemática é uma forma de síntese das informações disponíveis em dado momento, sobre um problema específico, de forma objetiva e reproduzível, por meio de método científico (GALVÃO SAWADA; TREVIZAN, 2004).

## 7.1 PROCESSO DE CONDUÇÃO DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Para direcionar o Processo de Condução de Revisões Sistemáticas da Literatura (PCRS), foi utilizada como base a proposta da Colaboração Cochrane, descrita acima, em conjunto com a proposta de Kitchenham (2004), que é composta por três etapas: planejamento, execução e publicação dos resultados. No entanto, para efetivação do processo operacional, executamos nas seguintes etapas iterativas:

- f) Formulação da questão problema com posterior elaboração do protocolo.
- g) Coleta de dados, pesquisa de estudos utilizando sentenças/*strings* já definidos.
- h) Avaliação dos estudos coletados, emprego dos critérios de inclusão e exclusão.
- i) Interpretação dos estudos, extração de dados dos estudos selecionados.
- j) Apresentação dos resultados.

A atividade que iniciou o trabalho foi à formulação da pergunta problema, que teve como objetivo identificar que tipo de evidência o estudo deveria investigar. “*Quais são os fluxos da informação que existem na interação do trabalho interdisciplinar em equipes de profissionais na saúde e de que forma interferem no cuidado?*”

Com a formulação da pergunta do problema, foi possível definir os estudos relevantes para a investigação em curso. A partir dessa definição se conseguiu traduzir a questão de pesquisa em sentenças, *strings* de busca, as quais foram aplicados às bases de dados na busca de trabalhos relativos aos temas de interesse. Em seguida foi elaborado o Protocolo de pesquisa, indispensável para realização da RSL, onde são descritos os procedimentos que serão cumpridos, (BIOLCHINI et al., 2005; SAMPAIO; MANCINI, 2007). Segue o protocolo utilizado no Apêndice A.

Após a conclusão do protocolo foi possível passar para a etapa seguinte, correspondente à coleta dos dados do estudo, onde foram seguidos os procedimentos definidos durante o planejamento, ou seja, aplicadas as strings de busca elaboradas nas diferentes bases de dados selecionadas para o estudo, BIREME, PubMed e LISTA.

Após a seleção inicial de termos de pesquisa, optou-se pela busca em três bases de dados distintas, BIREME, PubMed e LISTA, visando recuperar trabalhos primários relacionados ao tema da pesquisa, com utilização das palavras-chave previamente selecionadas. A busca das publicações nas bases de dados foi realizada de acordo com os seguintes descritores: fluxo de informação, processo, procedimento, interação, comunicação, equipe, grupo, interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e seus sinônimos em inglês, (*flow information, process, procedure, interaction, communication, team, group, interdisciplinary, multidisciplinary*)

As bases de dados foram: BIREME (Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) é um centro especializado da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em informação científica e técnica em saúde para a região da América Latina e Caribe. Em 1967, foi estabelecida no Brasil com o nome de Biblioteca Regional de Medicina e em parceria com Ministério de Saúde, Ministério da Educação, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e Universidade Federal de São Paulo, promovem o acesso à informação científico-técnica em saúde. Em 1998, foi desenvolvido um sistema de informação, coordenado pela BIREME, conhecido como BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). A escolha por esta base de dados foi devido a abrangência e exaustividade da base além da possibilidade de acesso a textos completos viabilizados pelo Portal CAPES.

A PubMed é uma base de dados de acesso público, criada e mantida pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América (*National Library of Medicine*), que possibilita a pesquisa bibliográfica de referências de artigos médicos. O acesso é realizado pelo Centro Nacional para a Informação de Biotecnologia (NCBI), é uma versão gratuita do banco de dados MEDLINE. A base de dados MEDLINE é uma só, mas pode ser disponibilizada em diferentes interfaces de pesquisa, na BVS ou na PubMed. Os mecanismos e expressões de busca são diferentes, disponibilizando artigos diferenciados.

Por fim, a base Library, Information Science & Technology Abstracts with Full Text (LISTA), que indexa mais de 500 periódicos científicos, além de livros e relatórios de pesquisa. Esta base de dados também inclui textos completos de 240 periódicos científicos. A cobertura de assuntos inclui, Biblioteconomia, classificação, catalogação, Bibliometria, recuperação da informação, fluxo da informação, Ciência da Informação, informações on line, etc. O quadro 1 apresenta o resultado da pesquisa nas bases de dados.

**Quadro 1** - Estratégia de busca nas bases de dados selecionadas e número de artigos identificados.  
Rio de Janeiro, 2013

| Base de Dados | Estratégias de busca                                                                                                                                    | Nº de artigos encontrados |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| BIREME        | Fluxo de informação OR processos OR procedimentos AND interação OR comunicação AND equipes OR grupos AND interdisciplinaridade OR multidisciplinaridade | 398                       |
| Pubmed        | Flow information OR process OR procedure AND interaction OR communication AND team OR group AND interdisciplinary OR multidisciplinary                  | 1639                      |
| LISTA         | Flow information OR process OR procedure AND interaction OR communication AND team OR group AND interdisciplinary OR multidisciplinary                  | 1509                      |

Já a terceira etapa teve a preocupação de avaliar os dados coletados, onde aplicou-se os critérios para separar os estudos considerados válidos daqueles considerados inválidos para a pesquisa.

Além disso, avaliou-se o grau de qualidade dos estudos considerados válidos com o intuito de maximizar a validade interna (visando prevenir a ocorrência de inconsistências internas que comprometam a revisão) e externa (de modo que os resultados sejam aplicáveis fora do contexto de estudo) da revisão. Desta forma, foram estabelecidos alguns critérios de análise, conforme os itens a seguir:

### **Critérios de exclusão de trabalhos**

Visando filtrar o excesso de trabalhos recuperados e aumentar o grau de relevância do material bibliográfico, elaboraram-se os critérios de exclusão abaixo relacionados:

- Estudos irrelevantes para pesquisa, com temas estranhos a questão da pesquisa;
- Estudos que não possam ser acessados devidos á inexistência de seu periódico no Portal CAPES, o que inviabiliza a leitura do texto completo;
- Livros que não possam ser acessados na íntegra;
- Estudos preliminares, que não possuam conclusão.

### **Tipos de matérias incluídos**

Foram incluídos os seguintes materiais: artigos científicos publicados em periódicos, revistas, conferências e congressos, dissertações, teses, e livros, desde que pudessem na ser

acessados na própria base ou através do Portal de Periódicos da CAPES.

### **Critérios de inclusão de trabalhos**

Para que um trabalho fosse considerado válido, foram realizados dois procedimentos. O primeiro consistiu na avaliação do grau de relevância temática do trabalho em relação à questão de pesquisa. A análise da relevância se deu em relação à questão de pesquisa, analisando o título, as palavras chave e o resumo. Caso estes itens fossem insuficientes, fez-se a leitura da conclusão do trabalho, visando eliminar a dúvida da inclusão ou exclusão do trabalho. Os critérios adotados foram:

- Estudos que discorram sobre (tema);
- Estudos que possuam uma das palavras-chave da string no campo título, resumo ou palavra-chave;
- Estudos que possuam em seu conteúdo questão relativa à presente pesquisa.

O segundo procedimento adotado para a validação dos estudos foi à utilização de testes de relevância elaborados conforme a proposta de Pereira e Bachion (2006), que inclui uma lista de perguntas sucintas, claras e objetivas que produzem respostas afirmativas ou negativas, que apuram os artigos que serão acessados na íntegra. Neste estudo foram utilizados dois testes de relevância, o teste de relevância I e o teste de relevância II, de acordo com os critérios abaixo.

O teste de relevância I foi aplicado às referências e resumos dos artigos, sendo realizado por apenas um avaliador que procurou responder de forma afirmativa ou negativa as seguintes perguntas apresentadas no Quadro 2 elaborado a partir da proposta de Pereira (2006).

**Quadro 2 – Teste de Relevância I**  
Rio de Janeiro, 2013.

| <b>Referência do estudo:</b>                                             |            |            |
|--------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| <b>Questões</b>                                                          | <b>Sim</b> | <b>Não</b> |
| 1 - O estudo está de acordo com o tema investigado?                      |            |            |
| 2 - O estudo foi publicado dentro do período estipulado no projeto?      |            |            |
| 3 - O estudo foi publicado no idioma estipulado no projeto?              |            |            |
| 4 - Estudo primário, envolvendo diretamente seres humanos como sujeitos? |            |            |
| 5 - O estudo aborda a solução do problema que está sendo investigado?    |            |            |
| O estudo foi incluído? ( ) Sim ( ) Não                                   |            |            |

Fonte: Pereira (2006, p. 494 -496) adaptado pelo pesquisador.

Após o emprego dos procedimentos citados acima, os artigos selecionados foram acessados na íntegra para análise e avaliação da qualidade das informações publicadas. Em seguida, foram submetidos a teste de relevância II, para refinar os estudos analisados.

**Quadro 3** - Teste de relevância II.  
Rio de Janeiro, 2013.

| Referência do estudo:                                                         | Sim | Não |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| <b>Questões norteadoras</b>                                                   |     |     |
| 1 - O problema de pesquisa está claro?                                        |     |     |
| 2 - Os objetivos do estudo têm relação com a questão que está sendo estudada? |     |     |
| 3 - A metodologia está descrita com clareza e alcança os objetivos?           |     |     |
| 4 - Os resultados são compatíveis com a metodologia e merecem credibilidade ? |     |     |

Fonte: Pereira (2006, p. 494 -496) adaptado pelo pesquisador.

Após seleção de artigos, com a aplicação do teste de relevância II, foram extraídos dados detalhados dos estudos de acordo com os itens do roteiro abaixo (QUADRO 4) que foi construído a partir da proposta de Pereira (2006).

**Quadro 4** - Roteiro para extração de dados dos artigos incluídos na RSL.  
Rio de Janeiro, 2013.

|                                  |
|----------------------------------|
| Referência do estudo:            |
| 1 - Tema principal:              |
| 2 - Tipo de estudo:              |
| 3 - Característica dos sujeitos: |
| 4 - Metodologia:                 |
| 5 - Método de análise:           |
| 6 - Resultados encontrados:      |
| 7 - Observações do avaliador:    |

Foram encontradas publicações nas três bases de dados utilizadas, ocorrendo uma predominância na base de dados Pubmed, com 3.723 artigos encontrados na primeira aplicação das sentenças. Algumas sentenças apresentaram um número elevado de artigos encontrados, portanto se fez necessário a utilização de filtros por assuntos que apresentavam maior conexão com o tema da pesquisa. Desta forma foi reduzido o número de artigos encontrados para 1639.

Após aplicação dos procedimentos iniciais de seleção dos estudos, análise do título, ano, resumo e aplicação dos testes de relevância foram encontrados alguns estudos repetidos mesmo com a mudança de sentenças, e também em outras bases de dados, ou seja, um artigo foi encontrado 18 vezes. Tendo em vista que estes foram considerados apenas uma vez, foram excluídos 22 artigos repetidos na comparação dos estudos selecionados após o Teste de Relevância I. Assim, restaram 55 artigos a serem submetidos ao Teste de Relevância II.

A quarta etapa teve como objetivo analisar e interpretar os estudos considerados válidos. O objetivo desta etapa foi executar os procedimentos a fim de inferir teorias sobre os dados coletados. A pesquisa na base de dados da BIREME se ateve a recuperar artigos pertinentes sobre o tema, provenientes da visão da área da saúde relacionando a questão de pesquisa, abordando aspectos

sociais e cognitivos, no período de 2008 a 2013. Na Pubmed e na LISTA, a pesquisa foi realizada de forma livre, porém seguindo o período estabelecido no protocolo.

Por fim, a quinta etapa se refere à conclusão e apresentação dos resultados do estudo. Algumas sentenças, na base de dados PubMed, foram pesquisadas inicialmente sem filtro, porém, devido à amplitude dos resultados obtidos, foram refeitas com algumas restrições, como por exemplo, a *string*: “*communication AND team AND procedure AND interdisciplinary*” com 968 artigos encontrados e após o filtro passou para 365; outra *string* é “*communication AND team AND procedure AND multidisciplinary*” que passou de 775 artigos encontrados para 304; estes números de artigos recuperados inicialmente eram muito grandes para serem levados em conta na análise dos textos recuperados pela revisão bibliográfica, merecendo especificação melhor do termo de busca visando a melhorar a relevância do material recuperado. Os textos recuperados na revisão bibliográfica foram utilizados na elaboração do trabalho.

## 7.2 RESULTADOS DA SELEÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA

### BIREME

A BVS dispõe de um vocabulário controlado, denominado “Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)”, cujos termos podem ser consultados nas línguas inglesa, espanhola ou portuguesa.

Apresenta-se abaixo a definição dos termos, em consonância com o DeCS:

**Quadro 5** – Equivalência entre os descritores BIREME e os termos usados.  
Rio de Janeiro, 2013.

| <b>Termos</b>         | <b>Descritor (DeCS)</b>      | <b>Definição BIREME</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fluxo de informação   | Não encontrado               | Não encontrado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Processo              | Avaliação de Processos       | Procedimento de avaliação que enfoca como o cuidado é dado, baseado na premissa que há padrões de desempenho para as atividades dedicadas ao cuidado do paciente, no qual as ações específicas realizadas, os eventos concorrentes e as interações humanas são comparadas com os padrões aceitos.                                                                                                    |
| Procedimento          | Procedimento                 | Usado com técnicas, procedimentos e programas para métodos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Grupo                 | Grupo                        | A organização formal ou informal de um grupo de pessoas, baseada em uma rede de relacionamentos que é influenciada pelo tamanho e composição do grupo etc.                                                                                                                                                                                                                                           |
| Equipe                | Equipe Interdisciplinar      | Cuidados prestados a pacientes por uma equipe multidisciplinar comumente organizada sob a direção de um médico; cada membro da equipe tem responsabilidades específicas e toda a equipe contribui para a assistência ao paciente .                                                                                                                                                                   |
| Interação             | Interação Social             | Interação recíproca de duas ou mais pessoas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Comunicação           | Comunicação interdisciplinar | Comunicação, no sentido de uma riqueza de ideias, envolvendo duas ou mais disciplinas acadêmicas (como as disciplinas que compreendem o campo interdisciplinar da bioética, incluindo a saúde e ciências biológica, humana, social e a lei). Também inclui os problemas na comunicação iniciando-se nas diferenças nos padrões de linguagem utilizados em diferentes disciplinas acadêmica ou médica |
| Interdisciplinaridade | Equipe Interdisciplinar      | Igual à equipe interdisciplinar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| multidisciplinaridade | Não encontrado               | Não encontrado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

Na consulta ao DeCS não foram encontrados alguns termos como fluxo da informação e multidisciplinaridade. O termo interdisciplinaridade só constava em conjunto com o termo equipe.

A ausência destes termos na combinação das sentenças trouxeram alguns resultados sem nenhum estudo. No entanto, não havia nenhuma opção dentre os descritores. Porém, com a utilização dos sinônimos dos termos foi possível encontrar estudos pertinentes ao tema da pesquisa. Outra especificidade é o termo “interdisciplinaridade”, que nos DeCS só foi relacionado com o termo equipe, o que não trouxe prejuízo, devido a definição do termo.

**Crêterios:**

*Método de busca:* “INTEGRADO” – Pesquisa “avançada” disponível na interface da BVS com a utilização de operadores booleanos (“AND” e “OR”) na combinação entre os termos conforme tabela abaixo:

**Tabela 1** – Resultado da pesquisa na base de dados BIREME.

| SENTENÇAS   |        |              |                  | Estudos Encontrados | Teste de Relevância I | Teste de Relevância II |
|-------------|--------|--------------|------------------|---------------------|-----------------------|------------------------|
| interacção  | equipe | fluxo        | interdisciplinar | 0                   | 0                     | 0                      |
| interacção  | equipe | fluxo        | multidisciplinar | 0                   | 0                     | 0                      |
| interacção  | equipe | processo     | interdisciplinar | 19                  | 7                     | 1                      |
| interacção  | equipe | processo     | multidisciplinar | 7                   | 0                     | 0                      |
| interacção  | equipe | procedimento | interdisciplinar | 3                   | 0                     | 0                      |
| interacção  | equipe | procedimento | multidisciplinar | 0                   | 0                     | 0                      |
| interacção  | grupo  | fluxo        | interdisciplinar | 0                   | 0                     | 0                      |
| interacção  | grupo  | fluxo        | multidisciplinar | 0                   | 0                     | 0                      |
| interacção  | grupo  | processo     | interdisciplinar | 18                  | 0                     | 0                      |
| interacção  | grupo  | processo     | multidisciplinar | 2                   | 1                     | 0                      |
| interacção  | grupo  | procedimento | interdisciplinar | 4                   | 0                     | 0                      |
| interacção  | grupo  | procedimento | multidisciplinar | 0                   | 0                     | 0                      |
| comunicação | equipe | fluxo        | interdisciplinar | 1                   | 0                     | 0                      |
| comunicação | equipe | fluxo        | multidisciplinar | 0                   | 0                     | 0                      |
| comunicação | equipe | processo     | interdisciplinar | 124                 | 4                     | 0                      |
| comunicação | equipe | processo     | multidisciplinar | 9                   | 1                     | 0                      |
| comunicação | equipe | procedimento | interdisciplinar | 40                  | 0                     | 0                      |
| comunicação | equipe | procedimento | multidisciplinar | 0                   | 0                     | 0                      |
| comunicação | grupo  | fluxo        | interdisciplinar | 1                   | 0                     | 0                      |
| comunicação | grupo  | fluxo        | multidisciplinar | 0                   | 0                     | 0                      |
| comunicação | grupo  | processo     | interdisciplinar | 126                 | 0                     | 0                      |
| comunicação | grupo  | processo     | multidisciplinar | 4                   | 0                     | 0                      |
| comunicação | grupo  | procedimento | interdisciplinar | 39                  | 0                     | 0                      |
| comunicação | grupo  | procedimento | multidisciplinar | 1                   | 0                     | 0                      |
| Total:      |        |              |                  | 398                 | 13                    | 1                      |

*Onde:* selecionou-se opção: “Todas as Fontes”

*Estratégias de busca:* utilizou-se para a delimitação da pesquisa o Campo de busca “título,resumo,assunto”.

Foram selecionadas também como estratégias de busca, opções que constituem os limites disponíveis na BVS, pois serviram para refinar os resultados encontrados de acordo com os cr terios de inclusão de artigos estabelecidos no protocolo. Tais como: idioma dos artigos e publicados no período entre 2008 e 2013.

*Resultados:* Foram encontrados 398 estudos, destes apenas 13 foram selecionados na primeira avaliação e aplicação do Teste de Relevância I, os demais estudos foram excluídos por se enquadrarem nos cr terios de exclusão. Após aplicação do Teste de Relevância II apenas 1 artigo foi

selecionado.

**Pubmed** - A Pubmed utiliza o mesmo descritor da BIREME. O vocabulário estruturado e trilingue DeCS - Descritores em Ciências da Saúde que foi criado para servir como uma linguagem única na indexação de artigos de revistas científicas, livros, e outros tipos de materiais, assim como, para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas fontes de informação. O DeCs foram desenvolvidos a partir do MeSH - Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine (NLM) com o objetivo de permitir o uso de terminologia comum para pesquisa em três idiomas, proporcionando um meio consistente e único para a recuperação da informação independentemente do idioma. Desta forma as ausências encontradas na BIREME foram igualmente rerepresentadas na pesquisa na Pubmed.

**Crítérios:** *Método de busca:* “INTEGRADO” – Pesquisa “avançada” disponível na interface da Pubmed com a utilização de operadores booleanos (“AND” e “OR”) na combinação entre os termos conforme tabela abaixo.

**Tabela 2** – Resultados da pesquisa na base de dados Pubmed.

| SENTENÇAS     |       |           |                   | Estudos Encontrados | Teste de Relevância I | Teste de Relevância II |
|---------------|-------|-----------|-------------------|---------------------|-----------------------|------------------------|
| interaction   | team  | flow      | interdisciplinary | 2                   | 0                     | 0                      |
| interaction   | team  | flow      | multidisciplinary | 1                   | 1                     | 0                      |
| interaction   | team  | process   | interdisciplinary | 13                  | 3                     | 0                      |
| interaction   | team  | process   | multidisciplinary | 19                  | 0                     | 0                      |
| interaction   | team  | procedure | interdisciplinary | 39                  | 0                     | 0                      |
| interaction   | team  | procedure | multidisciplinary | 50                  | 1                     | 0                      |
| interaction   | group | flow      | interdisciplinary | 0                   | 0                     | 0                      |
| interaction   | group | flow      | multidisciplinary | 0                   | 0                     | 0                      |
| interaction   | group | process   | interdisciplinary | 9                   | 0                     | 0                      |
| interaction   | group | process   | multidisciplinary | 16                  | 0                     | 0                      |
| interaction   | group | procedure | interdisciplinary | 53                  | 1                     | 0                      |
| interaction   | group | procedure | multidisciplinary | 67                  | 1                     | 0                      |
| communication | team  | flow      | interdisciplinary | 27                  | 4                     | 2                      |
| communication | team  | flow      | multidisciplinary | 31                  | 0                     | 0                      |
| communication | team  | process   | interdisciplinary | 112                 | 1                     | 0                      |
| communication | team  | process   | multidisciplinary | 107                 | 7                     | 0                      |
| communication | team  | procedure | interdisciplinary | 365                 | 0                     | 0                      |
| communication | team  | procedure | multidisciplinary | 304                 | 8                     | 0                      |
| communication | group | flow      | interdisciplinary | 15                  | 0                     | 0                      |
| communication | group | flow      | multidisciplinary | 8                   | 0                     | 0                      |
| communication | group | process   | interdisciplinary | 54                  | 0                     | 0                      |
| communication | group | process   | multidisciplinary | 50                  | 0                     | 0                      |
| communication | group | procedure | interdisciplinary | 153                 | 0                     | 0                      |
| communication | group | procedure | multidisciplinary | 167                 | 0                     | 0                      |
| total:        |       |           |                   | 1639                | 27                    | 2                      |

*Onde:* selecionou-se opção: “Todas as Fontes”

Estratégias de busca: utilizou-se para a delimitação da pesquisa o Campo de busca “título, resumo, assunto”.

Foram selecionadas também como estratégias de busca, opções que constituem os limites disponíveis na BVS, pois serviram para refinar os resultados encontrados de acordo com os critérios de inclusão de artigos estabelecidos no protocolo. Tais como: idioma dos artigos e publicados no período entre 2008 e 2013.

*Resultados:* Foram encontrados 1639 estudos, destes apenas 27 foram selecionados na primeira avaliação e aplicação do Teste de Relevância I, os demais estudos foram excluídos por se enquadrarem nos critérios de exclusão, conforme pode ser verificado na Tabela 3. Após aplicação do Teste de Relevância II foram selecionados 2 artigos. Os 25 estudos excluídos foram desconsiderados, pois não apresentaram a pertinência exigida no Teste de Relevância II.

**LISTA** – A LISTA dispõe de um vocabulário controlado, denominado “Thesaurus”, cujos termos podem ser consultados na língua inglesa. Porém, alguns termos como, Interaction, team, process, procedure, não foram encontrados nem termos equivalentes ao sentido referente à pesquisa.

Na aplicação de algumas sentenças os resultados apresentaram a seguinte mensagem “*Observação: sua consulta de pesquisa inicial não rendeu resultados. No entanto, usando a pesquisa SmartText, os resultados foram encontrados com base em suas palavras-chave*”.

A própria base de dados utilizou do recurso SmartText para fazer a busca. Isto se deve ao fato da ausência dos termos utilizados no tesauro. No entanto, foram encontrados alguns artigos pertinentes podendo ressaltar a localização dos artigos selecionados no Teste de Relevância II na base de dados Pubmed.

### **Critérios:**

*Método de busca:* Não foi possível utilizar a Pesquisa “avançada” com sentenças como operadores booleanos, pois, a resposta da pesquisa em todas as sentenças foi de nenhum registro encontrado. Logo, foi realizada a busca na pesquisa básica utilizando um ferramenta disponível na interface da LISTA denominada SmartText, que amplia a busca para pesquisa com alguns dos termos utilizados no título, resumo, palavra-chave, o que possibilitou a pesquisa. No entanto, muitos artigos se repetiram, principalmente quando alternava somente um dos termos.

**Tabela 3** – Resultados da pesquisa na base de dados LISTA

| SENTENÇAS     |       |           |                   | Estudos encontrados | Teste de Relevância I | Teste de Relevância II |
|---------------|-------|-----------|-------------------|---------------------|-----------------------|------------------------|
| interaction   | team  | flow      | interdisciplinary | 29                  | 1                     | 1                      |
| interaction   | team  | flow      | multidisciplinary | 23                  | 1                     | 1                      |
| interaction   | team  | process   | interdisciplinary | 66                  | 1                     | 2                      |
| interaction   | team  | process   | multidisciplinary | 56                  | 0                     | 0                      |
| interaction   | team  | procedure | interdisciplinary | 29                  | 0                     | 1                      |
| interaction   | team  | procedure | multidisciplinary | 24                  | 0                     | 0                      |
| interaction   | group | flow      | interdisciplinary | 89                  | 3                     | 0                      |
| interaction   | group | flow      | multidisciplinary | 97                  | 1                     | 0                      |
| interaction   | group | process   | interdisciplinary | 141                 | 1                     | 1                      |
| interaction   | group | process   | multidisciplinary | 141                 | 0                     | 0                      |
| interaction   | group | procedure | interdisciplinary | 12                  | 0                     | 0                      |
| interaction   | group | procedure | multidisciplinary | 12                  | 0                     | 0                      |
| communication | team  | flow      | interdisciplinary | 64                  | 2                     | 1                      |
| communication | team  | flow      | multidisciplinary | 65                  | 3                     | 2                      |
| communication | team  | process   | interdisciplinary | 108                 | 1                     | 1                      |
| communication | team  | process   | multidisciplinary | 36                  | 1                     | 0                      |
| communication | team  | procedure | interdisciplinary | 81                  | 0                     | 0                      |
| communication | team  | procedure | multidisciplinary | 34                  | 0                     | 0                      |
| communication | group | flow      | interdisciplinary | 71                  | 0                     | 0                      |
| communication | group | flow      | multidisciplinary | 35                  | 0                     | 0                      |
| communication | group | process   | interdisciplinary | 110                 | 0                     | 0                      |
| communication | group | process   | multidisciplinary | 63                  | 0                     | 0                      |
| communication | group | procedure | interdisciplinary | 81                  | 0                     | 0                      |
| communication | group | procedure | multidisciplinary | 42                  | 0                     | 0                      |
| total:        |       |           |                   | 1509                | 15                    |                        |

Onde: selecionou-se opção: “Todas as Fontes”

Estratégias de busca: utilizou-se para a delimitação da pesquisa Campo de busca “assunto”.

Foram selecionadas também como estratégias de busca, opções que constituem os limites disponíveis na LISTA, pois serviram para refinar os resultados encontrados de acordo com os critérios de inclusão de artigos estabelecidos no protocolo. Tais como: idioma dos artigos, data de publicação no período entre 2008 e 2013, além da utilização de filtros por assunto que permitiram a melhor verificação de estudos pertinentes ao tema da pesquisa.

**Resultados:** Foram encontrados 1509 estudos, destes apenas 15 foram selecionados na primeira avaliação e aplicação do Teste de Relevância I. Do total de 15 estudos selecionados para aplicação do Teste de Relevância II, foram selecionados somente os 2 artigos já escolhidos na pesquisa da base de dados Pubmed. Foram excluídos os estudos restantes por apresentarem incompatibilidades metodológicas quanto à proposta da pesquisa, ou seja, trabalhos que não faziam referência ao fluxo da informação relacionado com trabalho de equipe, abordavam somente a formação dos

profissionais, trabalhos de revisão de literatura, diferenças culturais, falta de especificidade dos objetivos no estudo de forma clara, etc. O Quadro 6 descreve o número de trabalhos encontrados e o resultado após aplicação dos testes de relevância.

**Quadro 6 – Resultado consolidado da RSL**

|        | Estudos encontrados | Teste de Relevância I | Teste de Relevância II |
|--------|---------------------|-----------------------|------------------------|
| BIREME | 398                 | 13                    | 1                      |
| Pubmed | 1639                | 27                    | 2                      |
| LISTA  | 1509                | 15                    | 0                      |
| Total  | 3546                | 55                    | 3                      |

Segundo Bouza, Muñoz e Amate (2005), em estudos de revisão sistemática é comum que ocorra um número grande de exclusões. A aplicação dos Testes de Relevância tem o papel de refinar a busca, no intuito de que os artigos respondam a pergunta definida no Protocolo inicial da pesquisa, isso resulta em um grande número de exclusões conforme se verifica no Quadro 7.

**Quadro 7 – Resultado do Teste de Relevância I**

| Base de Dados | Estudos encontrados | Teste de Relevância I |    |
|---------------|---------------------|-----------------------|----|
| BIREME        | 398                 | 13                    | 3% |
| Pubmed        | 1639                | 27                    | 2% |
| LISTA         | 1509                | 15                    | 1% |
| Total         | 3546                | 55                    | 2% |

Após o teste de relevância I nos estudos encontrados, foram excluídos 3491, pois, eram estudos de revisão sistemática da literatura, ou editoriais, ou jornal (carta), não sendo estudos primários ou artigos científicos, além de estudos que abordavam questões que não estavam de acordo com o tema investigado. Assim, foram selecionados das três bases de dados 55 estudos (2,0%).

Ressalta-se que existiu um grande número de duplicidade de estudos. A repetição ocorreu mesmo com aplicação de sentenças diferentes. Aconteceram também, repetições de artigos encontrados e selecionados nas três bases de dados. Na pesquisa na base de dados LISTA o artigo “Knowledge flow and exchange in interdisciplinary primary health care teams (PHCTs): an exploratory study” apareceu em 12 sentenças em um total de 26, é também foi encontrado na busca na base de dados Pubmed. Neste contexto, segue no Quadro 8 o resultado dos artigos selecionados após aplicação do teste de relevância I, que foram acessados na íntegra e submetidos ao teste de relevância II.

**Quadro 8** – Comparativo entre o Teste de Relevância I e II

| Base de Dados | Teste de Relevância I | Teste de Relevância II |    |
|---------------|-----------------------|------------------------|----|
| BIREME        | 13                    | 1                      | 8% |
| Pubmed        | 27                    | 2                      | 7% |
| LISTA         | 15                    | 1                      | 2% |
| Total         | 55                    | 4                      | 7% |

Assim, fazendo um paralelo entre o número de estudos encontrados e os estudos selecionados após aplicação do Teste de Relevância II o percentual é de 0,001128032, ou seja, tende ao zero. Isso confirma a afirmação de Bouza, que afirma que em RSL tende a existir um grande número de exclusões.

Após eliminar todos os artigos que se enquadraram nos critérios de exclusão, estudos duplicados e estudos que abordavam temáticas que não contemplavam o tema da pesquisa, permaneceram 3 estudos, já que um estudo (Knowledge flow and exchange in interdisciplinary primary health care teams (PHCTs): an exploratory study) foi repetido na seleção da Pubmed e na LISTA . Desta forma, a relação de artigos pertinentes provenientes da realização da RSL detalhada anteriormente segue no Quadro 9.

**Quadro 9** – Estudos Pertinentes

| Base de Dados | Autor(es)                                                                         | Título do Estudo                                                                                         | Ano  | Periódico (Fonte)                                              | Tipo de Estudo |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------|----------------|
| Pubmed        | Shannon L. Sibbald,; C. Nadine Wathen; Anita Kothari,; Adam M. B. Day,            | Knowledge flow and exchange in interdisciplinary primary health care teams (PHCTs): an exploratory study | 2013 | Journal of the Medical Library Association : JMLA              | Artigo         |
| Pubmed        | Gail Keenan,1 Elizabeth Yakel,2 Karen Dunn Lopez,1 Dana Tschannen,2 Yvonne B Ford | Challenges to nurses' efforts of retrieving, documenting, and communicating patient                      | 2012 | Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA | Artigo         |
| BIREME        | Renata Cristina Arthou Pereira                                                    | O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudos sobre modalidades de equipes        | 2011 | Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fiocruz       | Dissertação    |

Os três estudos trouxeram diversas contribuições, como na categorização de assuntos, que deveriam ser observados, durante a participação nas reuniões. Elucidaram questões para a elaboração do questionário, que foi aplicado na equipe de profissionais de saúde que participaram da pesquisa empírica. Além, de servirem para sinalizar temas que circundavam a questão da pesquisa. Estes apontamentos contribuíram para definição dos temas tratados no referencial teórico. Os três artigos foram submetidos ao roteiro para extração de dados dos artigos conforme quadro 4 discriminado o Protocolo da RSL. Os resultados estão apresentados no Quadro 10.

**Quadro 10** – Resultado da extração de dados (quadro 4) dos estudos pertinentes

| <b>Código do Estudo</b> | <b>Objetivo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Tipo de Estudo</b> | <b>Amostra</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Metodologia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                       | Examinar o fluxo de informações no atendimento e os resultados dos pacientes, em uma amostra de várias unidades de enfermagem do hospital para descobrir potenciais fontes de erro e oportunidades para melhoria sistemática.                                                                                                                      | Pesquisa Qualitativa  | Oito unidades de enfermagem de quatro hospitais EUA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Observação direta de padrões de comunicação da equipe de enfermagem para turnos inteiros ( 8 ou 12 h ) para um total de 200 horas e reunidos artefatos de documentação relacionados para análises. Os dados foram codificados por meio de análise de conteúdo qualitativo, sintetizado e organizada tematicamente para caracterizar as práticas atuais. |
| 2                       | Melhorar o processo de prática clínica baseada em evidências na atenção. Através da compreensão da troca de informações entre os profissionais. Utilizando a investigação orientada para explorar como conhecimento clínico flui através das interações multidisciplinares em equipes de saúde (PHCTs) e grau de influencia nas decisões clínicas. | Exploratório          | Seis equipes individuais de duas instituições participaram do estudo. Uma instituição é um centro de ensino de medicina de família e tinha vinte e sete profissionais estruturados em cinco equipes, com sete profissionais de saúde aliados ( nutricionista e assistente social) que trabalham em equipes. A segunda instituição, hospital de pequeno porte, localizava-se em uma rural, e sua equipe era menor e incluiu quatorze profissionais. | Os dados quantitativos foram coletados através de um questionário e analisados com análise de redes sociais (SNA), utilizando Ucinet. Os dados qualitativos foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas e analisados com os procedimentos de análise de conteúdo, utilizando NVivo8                                                       |
| 3                       | Analisar o trabalho em equipe multiprofissional de saúde na ESF do município do Rio de Janeiro na perspectiva da tipologia agrupamento /interação. Compreender as concepções dos profissionais Identificar as características do trabalho em equipe multiprofissional e o componente comunicacional no trabalho coletivo.                          | Pesquisa qualitativa  | Equipe composta de um médico, um dentista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de consultório dentário e quatro agentes comunitários de saúde da unidade de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, Área Programática (AP) 3.1.                                                                                                                                                                                         | As técnicas de coleta de dados utilizadas neste estudo foram: entrevista semiestruturada, observação participante das reuniões de equipe e observações diretas da dinâmica da unidade                                                                                                                                                                   |

Apresentamos algumas considerações acerca de cada um dos trabalhos apresentados no quadro acima.

O primeiro texto o artigo de Keenan (2012), apresenta considerações sobre o fluxo de informações no trabalho de equipe de profissionais de saúde, como um elemento fundamental para o atendimento ao paciente, e sinaliza potenciais fontes de erro e oportunidades para melhoria sistemática. Descreve alguns temas que emergiram das análises sobre o funcionamento do fluxo de informações no trabalho em equipe, sinaliza alguns pontos de inconsistência, que representam sérias vulnerabilidades nos fluxos de informações, que acabam refletindo no atendimento ao paciente, e no desenvolvimento do trabalho em equipe interdisciplinar. Dentre os temas abordados, alguns pontos vão de encontro com o tema da pesquisa, como: documentação, comunicação, e registro das informações que facilitem o acesso por toda equipe das ações realizadas no atendimento ao paciente, e a pouca comunicação interdisciplinar.

Keenan (2012) aponta algumas questões sobre documentação e práticas de comunicação. Dentre as questões sinalizadas, observou-se o uso do papel para registro e comunicação de informações, e o uso em paralelo do papel em relação à documentação eletrônica.

O autor sinaliza que mesmo com a presença de sistemas eletrônicos, os profissionais de saúde, em sua maioria, ainda fazem uso do papel, como forma de apoio ao uso dos sistemas. Além de formulários de papel, o uso de 'rascunhos', 'post-it', notas e recados, são frequentes na rotina dos profissionais. Os mesmos alegam que estes rascunhos possuem informações essenciais para seus pacientes, e que facilitam a busca de informações durante a rotina de atendimento. O uso de "rascunhos" não só possibilita a perda de informação, como também inconsistência nos dados recolhidos. Além, da falta de padrão nas palavras usadas, que oferecem oportunidades ilimitadas para que a informação seja mal interpretada, o que aumenta a vulnerabilidade a erros. Em relação a esta afirmação, ressalta-se que em ambientes hospitalares qualquer erro na transferência de informação pode, potencialmente, ocasionar consequências devastadoras.

Keenan (2012) apresenta como um problema para o fluxo de informação e comunicação interdisciplinar entre os membros da equipe de profissionais, a grande variedade de documentação, duplicação e redundância informações devido à falta de sistematização e padronização. Algumas recomendações são apresentadas para melhor combater os problemas apontados, uma delas é a padronização de informações de saúde, quanto ao formato, conteúdo e vocabulário usado para registrar a informação. O uso de sistemas de registros eletrônicos para agrupar de forma sistemática as informações, potencializando a agregação de saberes e

comunicação interdisciplinar.

No segundo trabalho Sibbald (2013), apresenta questões sobre a compreensão da troca de informações, ou seja, o fluxo de informações entre membros de uma equipe de profissionais de saúde, como fator que influencia o compartilhamento do conhecimento, e seu desdobramento na tomada de decisão clínica.

Segundo Sibbald, estudos recentes mostram que equipes interdisciplinares na área da saúde melhoram os resultados em áreas específicas de atendimento, como a saúde mental e prevenção de doenças crônicas e de gestão, além de contribuir para a satisfação do paciente, e satisfação dos profissionais no trabalho. No entanto, apresenta alguns obstáculos para sua efetivação, incluindo o estabelecimento de interações efetivas, a luta contra o modelo hierarquizado dominado pelos médicos, a falta de definição da função de cada membro, e a função da equipe na estrutura da instituição. Sinaliza que essas barreiras podem afetar o fluxo de informação e conhecimento em equipes de saúde. Por outro lado, a melhoria na estrutura e definição da função das equipes podem aperfeiçoar as interações profissionais, o fluxo de informações e produção do conhecimento, e, presumivelmente, a qualidade do atendimento (SIBBALD, 2013).

Na pesquisa são apresentadas questões sobre aquisição de novos conhecimentos, pelos membros da equipe. O autor destaca que a falta de uma padronização na busca, resulta na dispersão de informações. E que no fluxo de informação a ação de dar e buscar conhecimento são distintas, devendo ser analisadas isoladamente.

Neste contexto, o autor aponta que na ação de transmitir e buscar conhecimentos alguns fatores são destacados, como a preponderância, entre membros da equipe, na procura pelo mesmo profissional, para sanar dúvidas, obter informações sobre casos clínicos, construir ações conjuntas, geralmente Médicos seniores (líderes de equipe).

È ressaltado também, a centralidade assumida por um profissional, no compartilhamento de informações. No estudo os profissionais de enfermagem foram indicados como melhor conectados a informação, sabendo onde e como acessar as informações para uma variedade de áreas. No entanto, outros profissionais de saúde aliados à base da equipe, não médicos e enfermeiros, indicaram que não foram utilizados pela equipe como um recurso tanto quanto gostariam.

Outro fator importante citado por Sibbald é a incerteza sobre quando e onde a partilha de conhecimentos entre a equipe aconteceu, o que apresenta uma questão importante para o entendimento do fluxo da informação e compartilhamento dos conhecimentos. No artigo de Sibbald (2013), o resultado da pesquisa empírica aponta o compartilhamento informal como

o formato mais frequente (por exemplo, bate-papos de corredor), apesar da disponibilidade de ferramentas formais, como reuniões ou locais eletrônicos (por exemplo, wikis). A partilha de conhecimento por meios tradicionais, como relatórios e sessões de ensino foram pouco citadas. O autor apresenta outro dado, que é a questão do consenso sobre as metas ou resultados das reuniões, processos que apresentaram uma indefinição da equipe sobre quem participou das reuniões e a que se destinava. Essa falta de entendimento provoca perda na interação e troca de informações.

Em relação às mudanças na prática clínica, provenientes da aquisição de novos conhecimentos, a pesquisa revelou que foram muitas vezes, atribuídas a novas evidências de pesquisa clínica, ou seja, conhecimentos externos a equipe. E o emprego do novo conhecimento foi atribuído aos líderes de equipe. (SIBBALD, 2013)

A análise revelou que os profissionais que concentram a absorção de conhecimento e processo de difusão eram médicos residentes, médicos seniores, e profissionais de enfermagem, citados como fontes de conhecimento com um alto nível de credibilidade e confiança. No entanto, a falta de estrutura foi apontada como um obstáculo na captação destes novos conhecimentos, e a partilha articulada pelas equipes.

Sibbald (2013) indicou como uma alternativa para promover o melhor aproveitamento das reuniões a inclusão na equipe de um profissional da informação ou bibliotecário clínico. Este profissional poderia realizar as atividades referentes à absorção e difusão de informações, de forma articulada, com recursos suportados, permitindo que os profissionais de saúde possam exercer as suas funções clínicas sem ter que dividir o tempo com a gestão da informação. Os profissionais da informação podem desempenhar um papel de apoio importante para equipes de profissionais de saúde. Para o autor, as funções que este profissional possa cumprir ainda não estão claras, a evidência e os benefícios estão em construção; vislumbra-se uma possível melhora na assistência ao paciente, colaborando com o treinamento ao profissional de saúde e educação, e fornecimento rápido de informações para tomada de decisões baseadas em evidências.

O terceiro trabalho aborda o tema do trabalho em equipe, e na visão apresentada esta modalidade de trabalho é constituída com foco no tratamento das doenças crônicas, na busca de melhores resultados do que o tratamento individualizado. Destaca-se a formação de equipes de saúde como alternativa na direção da integralidade do cuidado, no sentido de alcançar uma prestação de cuidados abrangente que contemple aspectos curativos, preventivos e de reabilitação, e ultrapasse a intervenção biomédica focada em realização de procedimentos.

O trabalho de Pereira (2011) sinaliza algumas questões importantes para a construção e efetivo funcionamento de um trabalho em equipe. Nesta perspectiva, as situações complexas que não são resolvidas em um campo do conhecimento abre o diálogo com outras disciplinas. Este reconhecimento de limite de cada disciplina é um fato fundamental para a construção de ações conjuntas.

Pereira cita Peduzzi quando se refere a origem do trabalho em equipe, onde inclui somente a racionalização dos recursos gastos, a relação custo-benefício do trabalho médico e o aumento à cobertura da população atendida, como também à integração das disciplinas e das profissões para o ampliação das práticas de saúde sob nova concepção biopsicossocial do processo saúde e doença. (PEREIRA, 2011).

Para explicitar modelos que fundamentariam as configurações possíveis das equipes de saúde Pereira segue sob a luz de Peduzzi, que o classifica em duas modalidades de trabalho, agrupamento e interação, que tem como base os estudos sobre trabalho em saúde e a teoria do agir comunicativo de Habermas. (PEDUZZI, 2009, apud PEREIRA, 2011)

Segundo Peduzzi o trabalho em equipe é uma modalidade de trabalho coletivo que se compõe em uma relação recíproca entre as ações técnicas e a interação ente os profissionais. Entretanto, destaca a comunicação como meio que permite essa conexão entre os profissionais. (PEDUZZI, 2001)

Neste contexto, o cotidiano do trabalho coletivo possibilita o encontro de diferentes formas, entre as ações técnicas executadas e a interação entre os agentes. Na modalidade denominada por Peduzzi (2001,2009) como agrupamento na equipe multiprofissional, ocorreria a justaposição das ações no cerne da aplicação sobre a necessidade do usuário de técnicas complementares. Isto pode ser exemplificado quando o profissional apenas indica o paciente para outro profissional, e assim sucessivamente sem que ocorra qualquer articulação das ações e conexões entre os saberes. Nesta modalidade ocorre a predominância da razão instrumental, onde o uso da comunicação é usado essencialmente como recurso de instrumentalização da técnica.

Na modalidade denominada por Peduzzi como interação, a equipe multiprofissional executa suas atividades que perpassam a complementaridade e interdependência, com articulação das ações e a interação dos agentes através de uma prática comunicativa, mediada pela linguagem. As atividades são elaboradas em conjunto pelos membros da equipe, visando o mesmo objetivo e proposta. Porém, no que tange à autonomia técnica, a tomada de decisão se expressa de forma interdependente entre os profissionais. (PEDUZZI, 2001)

Desta forma, Pereira (2011), apresenta algumas recomendações para a constituição de trabalho em equipe utilizando a modalidade de interação. A autora sugere o estabelecimento de um espaço intercessor entre os trabalhadores, com intuito de potencializar a elaboração de novos saberes. Outro fator ressaltado pela autora, diz respeito a gerência da relação interpessoal dentro da equipe, citada como uma situação crítica no trabalho em grupo, onde é exposto os interesses individuais, experiências de outras equipes, desgaste do convívio, personalidade, e distintas visões de um trabalho em equipe. Neste sentido, dentro do trabalho em equipe na área da saúde, revela-se a dimensão da assumida pela interação social e da comunicação como veículos que permitem consolidar e revigorar os valores subtendidos nas regras de trabalho, para produção de novos saberes e fazeres mediados pela linguagem. Além, do incentivo nas equipes pela busca da intersectorialidade, maior diálogo com os usuários e entre os componentes da equipe.

## **8 ESTUDO EMPÍRICO DA EQUIPE DE SAÚDE**

### **8.1 CAMPO DE ESTUDO**

Na pesquisa qualitativa o campo de estudo é um recorte espacial, uma construção mental do pesquisador para viabilizar a pesquisa. Tal abstração se relaciona com o recorte teórico correspondente ao objeto de investigação. Assim sendo, o campo de estudo é uma ILPI, denominada CGABEG, localizada no município do Rio de Janeiro, voltada para atendimento de idosos militares, ex-militares e dependentes.

O estudo foi desenvolvido na CGABEG, e teve alguns fatores motivadores, como o caráter interdisciplinar enraizado na Gerontologia, e na execução de suas atividades com o enfoque no trabalho multidisciplinar.

A CGABEG foi criada para atender a demanda de assistência geriátrica e gerontológica no âmbito do Comando da Aeronáutica. Atualmente, a CGABEG é um centro de atenção socio sanitária destinado a atender usuários idosos. Tem como objetivo principal desenvolver ações de promoção da saúde e readaptação social, com a criação de um ambiente em que o idoso possa, por meio de um processo de participação ativa, desenvolver as possibilidades de sua personalidade das quais a sociedade externa o privou (PINTO, 2006).

Os serviços oferecidos são divididos em três programas: o Programa Residencial; o Centro de Convivência e o Programa de Estimulação Cognitiva. Sendo o núcleo do trabalho o Programa Residencial, que utiliza para se denominar a definição de Rodriguez (1999): Centro Gerontológico aberto, de desenvolvimento pessoal, e atenção socio sanitária interprofissional,

em que vivem, temporal ou permanentemente, pessoas idosas com algum grau de dependência” (RODIGUEZ, 1999, apud PINTO, p.03, 2006).

A CGABEG oferece diretamente aos usuários idosos serviços em regime de internato/residência como ILPI e, em regime de externato o Centro de Convivência e o Programa de Estimulação Cognitiva, este último para portadores de demência leve. Para prestar este atendimento dispõe de equipe multidisciplinar, composta por 12 especialidades que realizam ações de promoção de saúde e readaptação social.

Os idosos são distribuídos em alas de acordo com seu grau de dependência. No total são 130 quartos, atualmente com 115 disponíveis e 104 ocupados. No estudo acompanhamos as reuniões da denominada equipe Alfa que atende as alas Azul e Amarela, a ala Azul possui 16 quartos, 15 ocupados com 19 residentes e um quarto vago, a ala Amarela possui 17 quartos, 13 ocupados com 16 residentes, e 4 quartos vagos. Para cada ala é definida uma equipe, que presta atendimento voltado para necessidades específicas para o grau de dependência.

As equipes realizam reuniões semanalmente, onde são discutidos casos, o que possibilita a cada membro uma visão global das reais necessidades dos residentes e atuação integrada entre os profissionais. Estes encontros promovem tomadas de decisões sobre o tipo de intervenção, a definição de qual especialidade irá realizar a intervenção, ou ações conjuntas entre diversos profissionais, para resolução de questões clínicas, psicossociais e administrativas relacionadas aos pacientes e a própria equipe.

A importância da reunião de equipe relacionada a possibilidade de interação entre profissionais e reconhecimento do trabalho do outro tem sido ressaltada por alguns autores. (PEREIRA, 2011). Neste contexto, foi definida a participação nas reuniões semanais das alas azul e amarelo. Foi realizado um contato com a equipe e o projeto foi apresentado no momento da reunião semanal de equipe, oportunidade na qual foram esclarecidos os objetivos do estudo e foram reveladas as técnicas de coletas de dados e os procedimentos éticos. Posteriormente, foi dada entrada no Conselho de Ética em Pesquisa.

Ressalta-se que, a proximidade com os sujeitos da pesquisa foi essencial e tornou mais abrangente o conhecimento das pessoas, processos, e os laços de intercâmbio com o grupo estudado. Visto que a aquisição de informações está inserida na troca permanente entre o pesquisador e participantes da pesquisa.

## 8.2 POPULAÇÃO ALVO

Os sujeitos envolvidos na pesquisa foram profissionais que compõe uma equipe multiprofissional de saúde, da Casa Gerontológica Brigadeiro Eduardo Gomes. A equipe era composta pelos seguintes profissionais: médicos, enfermeiras, psicóloga, nutricionista, musicoterapeuta e assistente social. Todos estes profissionais fazem parte da Equipe Alfa, caracterizados conforme Quadro 11, o nome da equipe é fictício, maiores informações sobre esta opção estão nas considerações éticas.

**Quadro 11** – Caracterização da Equipe Alfa

| Caracterização dos sujeitos da pesquisa. Equipe Alfa. Alas Azul e Amarela |                         |                                          |                                 |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------|---------------------------------|
| Código Profissional                                                       | Tempo de serviço CGABEG | Tempo de serviço nas alas azul e amarela | Formação Básica ou complementar |
| MED1                                                                      | acima de 5 anos         | acima de 5 anos                          | Pós - Graduação                 |
| MED2                                                                      | 1 a 2 anos              | 1 a 2 anos                               | Especialização/Residência       |
| MED3                                                                      | 1 a 2 anos              | 1 a 2 anos                               | Especialização/Residência       |
| NUT                                                                       | 1 a 2 anos              | 1 a 2 anos                               | Pós - Graduação                 |
| ENF1                                                                      | acima de 5 anos         | 1 a 2 anos                               | Graduação                       |
| ENF2                                                                      | acima de 5 anos         | acima de 5 anos                          | Pós - Graduação                 |
| ASS                                                                       | acima de 5 anos         | acima de 5 anos                          | Graduação                       |
| PSI                                                                       | acima de 5 anos         | acima de 5 anos                          | Pós - Graduação                 |
| MUS                                                                       | acima de 5 anos         | acima de 5 anos                          | Pós - Graduação                 |

Conforme o quadro a equipe já trabalha junto há algum tempo, possuem conhecimento do trabalho desenvolvido pelo outro, além da memória sobre os casos, já que se trata de uma ILPI, onde os pacientes são residentes e permanecem um longo período, o que facilita a interação profissional-paciente. Este contato se amadurece com o tempo e cria-se uma sinergia e confiança na visão do paciente quanto às intervenções propostas.

## 8.3 COLETA DE DADOS

O trabalho de campo deu-se através de duas técnicas: observação não participante e questionário.

Consoante à participação do observador que tende a se caracterizar como participante e não participante. A observação não-participante, enquanto técnica qualitativa de investigar uma realidade, objetiva analisar as atitudes e ações diversas dos sujeitos que estão sendo alvo de investigação para compreender determinada temática ou esclarecer pontos obscuros. Nesse tipo de pesquisa o investigador não participa ativamente da situação, apenas “assiste” as ações dos sujeitos para desvelar e permitir que estes tomem consciência de suas práticas individuais

e sociais. E conforme Godoy:

Quando observamos, estamos procurando apreender aparências, eventos e/ ou comportamentos. A observação pode ser de caráter participante ou não-participante. Quando o pesquisador atua apenas como espectador atento, temos o que se convencionou chamar de observação não-participante. Baseado nos objetivos da pesquisa e num roteiro de observação, o investigador procura ver e registrar o máximo de ocorrências que interessam ao seu trabalho. (GODOY, 1995, p.27)

É um tipo de investigação que leva ao questionamento a realidade em que o sujeito investigado constrói seus conhecimentos coletivos. O campo de investigação compreendeu as reuniões da Equipe Alfa realizadas semanalmente. Ao todo foram incluídas no estudo 12 (doze) reuniões, no período de setembro/2013 a janeiro/2014. Para extração das informações definidas no protocolo de pesquisa foi utilizado como registro de notas de campo um Roteiro de Observação (Apêndice B). O roteiro de observação foi construído com base na fundamentação teórica do objeto de pesquisa, utilizando os critérios de análise construídos por Peduzzi (2011) e conceitos da teoria das conversações.

O Roteiro procurou estabelecer o registro de informações provenientes da observação, atentando para: fluxo de informação, interação entre os profissionais, produção de ações para atendimento da unidade, entre outros aspectos relevantes observados no contexto da unidade, o que era escrito durante e logo após as reuniões. Quase todas as reuniões de equipe ocorridas no período do estudo foram observadas. Apenas duas reuniões não foram acompanhadas devido a problemas de agenda do pesquisador. E outras três não ocorreram em função do envolvimento da equipe em eventos na CGABEG. O acompanhamento das 12 reuniões totalizaram 10 horas de observação. Apesar de estar estabelecida a duração de 1h para cada reunião, a demanda de trabalho que impedia a participação de alguns profissionais, conjuntamente com alguns atrasos, consumiu ao todo 2 horas.

Após a participação nas reuniões, foi utilizada outra técnica para coleta de dados, o questionário (Apêndice D) para todos os membros da equipe. Quando um pesquisador precisa caracterizar um grupo com seus traços gerais, o questionário é um instrumento auxiliar na busca destas informações, podendo ser um meio do qual precisamos para obter certezas que nos permitem avançar em nossas investigações (TRIVIÑOS, 1990). O uso do questionário tem como características descrever e mensurar variáveis de um indivíduo ou de um grupo. O questionário aplicado foi constituído de 34 questões, distribuídas em sete módulos, a saber: Caracterização do Respondente, Seleção de Casos, Debate, Assimilação e Uso das Informações, Compartilhamento das Informações, Registro das Informações, Busca de Informações e Processo de Trabalho.

#### 8.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da CGABEG, nº do CEP 23543713.3.0000.5234, e sendo assim a participação dos profissionais na pesquisa foi feita mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), conforme solicitação da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos.

Os sujeitos da pesquisa receberam a informação sobre os objetivos e benefícios do estudo e ficaram cientes de que os riscos existentes são de tornar público o modo como são desenvolvidas as atividades diárias do seu trabalho em saúde. Além disso, receberam a orientação de que a qualquer momento poderiam se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem sofrer qualquer tipo de penalização. Outra garantia oferecida foi a de sigilo e anonimato.

Para tanto, os questionários foram identificadas pelas siglas das categorias profissionais. Por exemplo, nutrição: NUT. Além disso, o nome da equipe e alas atendidas não foram identificadas na divulgação dos resultados, utilizando as seguintes denominações: Equipe Alfa, alas Azul e Amarelo. Ao final da pesquisa, o material coletado ficou de posse do pesquisador e não será disponibilizado a terceiros.

#### 8.5 ANÁLISE DE DADOS

Com o objetivo de analisar os fluxos das informações nas interações estabelecidas durante as reuniões de equipe, utilizou-se da observação não participante, registrando os dados em diário de campo, bem como a interpretação dos dados produzidos a partir dos questionários. Foram utilizadas ferramentas e conceitos advindos da Análise do Discurso (AD), devido ao trabalho se efetivar na comunicação, ou seja, os atos de fala, mediados pela linguagem.

As variações existentes na filosofia da linguagem intercedem por um entendimento da linguagem que não a considerada somente como um veículo para expressar as ideias, mas sim para compreender os desejos dos sujeitos, sua visão de mundo, e o emprego de representação da linguagem. De fato a linguagem é a própria condição de nosso pensamento, assim como é um meio para representar a realidade (GRACIA, 2004).

Minayo, sinaliza que o uso da análise do discurso em abordagens qualitativas é indispensável para o distanciamento da visão positivista das falas trazendo a relação entre o ambiente e a linguagem. (MINAYO, 2007)

Porém, a autora apresenta algumas limitações desta perspectiva ao que se refere a operacionalidade dos procedimentos, e o rigor formal das análises das estruturas provenientes do estruturalismo. Assim como, ao se carregarem da convicção de que a elucidação dos significados coloca-se nas sinuosidades dos sentidos dos textos, é desprezado o ambiente, o contexto social, político, econômico, cultural e relacional, ou seja, onde o discurso perpassa. Desta forma, a pesquisa em questão é embasada no referencial de análise já descrito anteriormente, com a realização das seguintes etapas na análise do resultado do estudo empírico.

**Constituição do corpus:** (a) sistematização dos dados da observação participante com roteiro guia, (b) organização dos demais relatos provenientes do diário de campo e (c) análise e organização dos dados dos questionários.

**Leitura vertical:** (a) Leitura e configuração das primeiras impressões sobre os dados da observação participante com roteiro guia, (b) leituras e releituras dos dados extraídos dos questionários para identificar as ideias centrais, sintetizados com análises estatísticas descritivas e a análise de correlação de Spearman, com o auxílio do software estatístico “SPSS” versão 11.5. , (c) leitura dos demais materiais com objetivo de fazer as primeiras relações entre os questionários e a observações das reuniões.

**Leitura horizontal:** Leitura horizontal da equipe de trabalho objetivando a caracterização de um corpus da representação dos sujeitos.

**Leitura transversal e interpretação:** Leitura transversal da totalidade dos dados coletados, interpretando-os à luz do referencial teórico que orienta a pesquisa, com foco nos seguintes conceitos: fluxo da informação, trabalho em equipe interdisciplinar, interações e comunicação com noções de Habermas sobre o agir comunicativo, agir instrumental e agir estratégico.

No total de 12 reuniões foram debatidos 52 casos, com média de 4 casos por reunião. Deste total de casos houveram 10 casos repetidos, por diversos motivos, como, mudança de plano terapêutico, agravos de quadros clínicos, resposta ao tratamento, relacionamento com o paciente, retorno de ações realizadas etc. Portanto, com retirada dos casos repetidos a distribuição ficou com 32 casos de natureza clínica e 10 casos de natureza administrativa.

Durante as reuniões são acordadas algumas atividades a serem desenvolvidas durante a semana, como a definição de tratamentos, abordagens aos pacientes, verificação de sintomas por especialidades específicas dos casos apresentados. Dentre os casos debatidos, foi verificado maior incidência de alguns assuntos. O quadro abaixo apresenta os assuntos tratados nas reuniões, e a frequência com que foram abordados:

**Quadro 12** - Frequência de Assuntos nas reuniões

| <b>Assuntos</b>                              | <b>Frequência</b> |
|----------------------------------------------|-------------------|
| Comportamento do Paciente (resistência)      | 28%               |
| Ações de familiares                          | 5%                |
| Ações de prevenção da equipe                 | 2%                |
| Trabalho da cuidadora                        | 4%                |
| Questões trabalhistas - cuidadoras           | 5%                |
| Divisão do trabalho (profissional)           | 4%                |
| Saída de paciente                            | 4%                |
| Relacionamento entre paciente e cuidadora    | 2%                |
| Relacionamento entre pacientes /cônjuges     | 11%               |
| Avaliação do quadro clínico do paciente      | 25%               |
| Ingresso de pacientes                        | 7%                |
| Relacionamento entre paciente e profissional | 4%                |
| Trabalho de profissionais administrativos    | 2%                |

Portanto, verifica-se a concentração de 66% dos assuntos debatidos em três temas. O primeiro, comportamento do paciente, engloba indagações e argumentações sobre a resistência do paciente em adotar ao plano terapêutico prescrito pela equipe, aceitação das restrições, e diálogo com profissionais que prestam atendimento.

A resistência de alguns pacientes quanto ao tratamento prescrito, muitas vezes provoca dos profissionais atitudes não contempladas em um atendimento padrão, sentimentos de ansiedade para a resolução de um problema que se acumula com o passar do tempo. Como pode ser observado no relato da médica a seguir:

Med2 - “Hoje vou conversar com (nome do paciente), vou dar um dá ou desce”

Neste contexto, faz-se necessário o uso de habilidades de comunicação, pelos profissionais que prestam o atendimento. No entanto, para se realizar uma conquista duradoura, onde o paciente não retroceda no momento seguinte, a conversação deve se estabelecer dentro dos conceitos da ação racional comunicativa de Habermas, com objetivo de entendimento através do convencimento com diálogo e argumentos, para se chegar ao consenso.

Em relação à resistência dos pacientes algumas outras questões emergiram durante as reuniões. O sentimento de impotência e angústia de alguns profissionais se aflorou, quando após inúmeras tentativas de convencimento do paciente para realizar o tratamento, não lograram êxito. Isto pode ser observado no relato a seguir:

Med2 - “ *Eu não sei mais o que fazer*”

Med3 - “ *A relação médico-paciente está desgastada*”

Med1 – *“Ele não quer fazer as recomendações, mas não quer que desistam dele”.*

Ainda sobre a questão do comportamento dos pacientes, foi proferida a seguinte frase:

Med2 - *“Nós temos limites sobre o paciente”*

O último relato demonstra minimamente as ideias discutidas durante reuniões, em que se tratavam da resistência de alguns pacientes para cumprir a prescrição. Após toda a explanação dos casos, com as indagações e argumentações de todas alternativas possíveis e seus resultados, e esgotadas as opções essa concepção de limite da equipe era levantada. Porém, foi percebido um incômodo entre os profissionais quanto a esta situação de impotência. No entanto, acabaram optando pela persistência, na continuação das tentativas, foi uma decisão com consenso geral. Utilizando estratégias novas, com alternância dos sujeitos, além da solicitação da participação da família novamente, visto que, em muitos casos já haviam sido feitos contatos anteriormente. Estes debates provocavam, na maioria das vezes, uma participação geral, como também, uma comoção para a resolução de caso com ações em conjunto.

O segundo tema mais frequente é avaliação do quadro clínico do paciente, que consistia na apresentação de aspectos clínicos, psicossociais e familiares que incidiam na melhora ou piora ao tratamento, além da participação das atividades sociais da CGABEG.

O terceiro tema, relacionamento entre pacientes cônjuges, é fruto da característica da casa, que possui residentes. Os pontos levantados neste tema foram o grau de influência de um dos membros do casal em relação à aplicação ou não das medidas terapêuticas, além da negação quanto o agravo do cônjuge e todas as suas consequências.

A confirmação deste três temas como os principais, é reforçado com o índice de resposta da questão nº1 do questionário, que indaga sobre os assuntos que motivam a apresentação de casos durante a reunião de equipe, os resultados para esta questão foram 44% relacionamento com paciente e 33% tratamento, este último sinaliza sobre a evolução do paciente em relação as ações empregadas.

### **Interações**

As interações ocorridas durante a reunião foram classificadas pela equipe, por unanimidade, como integração de saberes com produção de ações coletivas. No entanto, em relação a problemas de relação interpessoal, a resposta que alcançou maior índice foi a efetivação de poucas ações conjuntas, com 44%. O que revela o reconhecimento da equipe quanto à valorização do trabalho interdisciplinar, com ações coletivas, e o impacto das relações interpessoais quanto à integração dos saberes.

As relações interpessoais nas equipes muitas vezes são difíceis de compreender, sendo muito comuns as pessoas não se motivarem tão facilmente pela socialização, se agravando na rotina de comportamentos divergentes, relações que, pelo “fazer juntos”, procurando fazer apenas sua parte. As equipes sofrem com a competitividade, conflitos e hostilidades entre seus membros. Contrariando a ideia de que a equipe aumenta a satisfação com o trabalho, as evidências, no entanto, mostram que as pessoas experimentam um estresse substancial e contínuo enquanto membro de uma equipe, principalmente quando não há espaço para o diálogo e existe pouca escuta, como capacidade de se abrir ao outro, respeitando as diferenças de concepções, personalidades e posturas. (PEREIRA, 2011)

Em relação ao grau de interação, de acordo com a visão dos membros da equipe, a medicina aparece como a área que mais interage com outras áreas, sendo considerada a primeira opção de interação, da maioria das especialidades, em seguida aparece a Enfermagem. Este resultado é citado na literatura como o mais comum, em virtude da medicina ter o papel central na hierarquia dos profissionais de saúde e a enfermagem por tratar dos cuidados ininterruptos e diários ao paciente, além do seu estreito laço com a medicina.

Em relação a indagação quanto a disciplina que mais se interagiu (questionário 4.5), houve um solicitação de ressalva pela área de nutrição, que indicou a fonoaudiologia como a especialidade com que mais interage. Esta especialidade não foi incluída no estudo em virtude de não participar em nenhuma das reuniões de equipe. Foi realizada uma indagação para a coordenação sobre o motivo da não participação de algumas especialidades nas reuniões, como fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, o argumento utilizado como resposta foi falta de efetivo, que resulta no número reduzido de profissionais destas áreas, impossibilitando as participações nas reuniões, em virtude de atenderem a todas as alas.

Ainda nesta perspectiva, um dado apresenta certa peculiaridade, quando se analisa a participação nas reuniões em confronto com a indicação dos membros das especialidades com quem mais interagem, conforme descrito no Quadro 13. Foi verificado que as posições ocupadas pelas áreas da Psicologia e Musicoterapia, com grande participação nos debates em contraste com as últimas posições em relação às interações com outras especialidades. Algumas razões podem aclarar a participação mais efetiva nos debates, pode-se destacar o perfil dos profissionais, a maior experiência de trabalho dentro da CGABEG e na equipe Alfa, além de grande conhecimento do histórico dos pacientes e rotinas das atividades. Porém, a participação mais efetiva nas reuniões não se converte em grandes números de interações com

outras áreas.

**Quadro 13** - Comparativo entre a Participação nas reuniões e grau de interação entre as áreas

| Participação na reunião |     | Grau de Interação |    |
|-------------------------|-----|-------------------|----|
| Medicina                | 32% | Medicina          | 1º |
| Psicologia              | 25% | Enfermagem        | 2º |
| Musicoterapia           | 12% | Serviço Social    | 3º |
| Enfermagem              | 12% | Nutrição          | 4º |
| Serviço Social          | 10% | Psicologia        | 5º |
| Coordenação             | 9%  | Musicoterapia     | 6º |
| Nutrição                | 9%  |                   |    |

Observação: O grau de interação corresponde à questão 4.5 do questionário. A numeração ao lado significa a classificação de acordo com as respostas dos membros da equipe, quanto à especialidade que mais interage.

Em relação à participação das reuniões chegou-se ao total de 917 atos de fala, entre indagações e argumentações, com média de 17 por caso. Desta forma, foi categorizado como casos de maior discussão os que atingiram dobro da média de considerações, que totalizaram 7 casos. Contudo, não houve qualquer ganho de efetividade com o aumento do debate, visto que somente em 2 casos foram definidas ações conjuntas para questões clínicas, em outros 2 casos não foram decididas ações, em 1 dos casos optou-se pela manutenção do plano terapêutico outro caso foi definido o encaminhamento para atendimento com a psicologia, e no último caso se solicitou a visita de familiares para a resolução dos problemas com os pacientes.

Nesta perspectiva, se verifica que alguns casos são introduzidos no debate apenas para passar a informação aos membros, que fazem considerações sobre o caso, mas finalizam a discussão sem a resolução definida. Esta ação corrobora para o conhecimento, com a riqueza de dados, em virtude da diversidade de visões, e para a confirmação e/ou complemento do diagnóstico. Porém, sem a definição das ações a serem feitas o debate perde o potencial resolutivo. No quadro abaixo, se verifica o percentual das principais soluções acordadas durante as reuniões.

**Quadro 14** - Principais soluções acordadas nas reuniões

|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| Reunião com a família       | 8%  |
| Encaminhamento à psicologia | 6%  |
| Mudança de procedimento     | 29% |
| Solução não apresentada     | 45% |
| Manutenção do procedimento  | 12% |

No universo de casos em que foi definido “mudança de procedimento”, 15 casos, dois temas sobressaíram, comportamento do Paciente (resistência) e avaliação do quadro clínico do paciente, com 67% de participação. O que demonstra que os dois assuntos mais abordados durante as reuniões, promoveram maior número de soluções, que alteraram o cuidado ao paciente. Este dado revela que não é o maior volume de indagações e argumentações que garantem uma construção coletiva e sim a continuidade do diálogo que promove a integração dos saberes.

No que tange o emprego das informações debatidas na reunião, 56% da equipe sinalizou a utilização frequente destas informações no auxílio da tomada de decisão, melhora no atendimento, resolução de dúvidas clínicas e integração de especialidades no atendimento.

Neste contexto, o registro das ações decorrentes destas interações se apresenta com um papel fundamental de compilação do conhecimento gerado, que serve de memória das tentativas que fracassaram, resultados positivos e decisões pactuadas nas reuniões. Quanto às ações acordadas durante a reunião, observadas durante a participação nas reuniões e confirmadas no questionário, o registro é feito no livro de ata da coordenação, realizado manualmente pelo coordenador da equipe, além do registro no livro de ata da equipe. Este segundo registro é realizado por um dos profissionais, e existe um rodízio entre os membros da equipe para esta atividade, que assumem não só o lançamento das decisões da reunião como a coordenação do grupo operativo.

A própria OMS (WHO, 1984), reconhece que garantir o acesso à informação, sem garantir a participação, é ampliar o conhecimento em saúde, sem aumentar a capacidade de controle e perspectivas de mudança. Portanto, o registro das informações de forma adequada irá garantir o acesso para futuras pesquisas.

O rodízio de membros para realizar o registro das informações no livro de ata da equipe, realizado pelos membros da equipe, provocou debates em duas reuniões, já que na primeira tentativa não foi alcançado o consenso, os membros acordaram deixar para a coordenação a responsabilidade de decidir. Na segunda reunião onde o tema foi debatido, os atos de fala se fundamentaram em ações estratégicas instrumentais. Quando o indivíduo se orienta para o êxito da ação, e deseja que o interlocutor faça algo, utiliza a comunicação, manipula os argumentos em função do êxito da ação, para a obtenção do resultado (HABERMAS, 1987). Percebe-se esta atitude com as seguintes frases:

Med2 - “ *Vou fazer o que puder*”

PSI – “ *O ideal é o real*”

PSI – “ *Já tenho três alas e não vou poder participar das reuniões*”

As afirmações citadas acima, se baseavam na sobrecarga administrativa, e declínio de qualidade no atendimento como argumentos para não absorver as atividades. Foi preciso exposição dos registros de quem já havia realizado a função, para a aceitação dos profissionais do rodízio. Neste momento, foi percebida a variação de atitudes, de um ação racional comunicativa para uma ações estratégica de cunho instrumental. Ressalta-se que os dois tipos de comunicação estão presentes no mesmo grupo, sendo empregadas de acordo com a circunstância.

O impasse criado em torno do rodízio na execução do registro das informações provenientes da discussão de casos nas reuniões, levanta outra questão importante, a falta padronização no preenchimento, devido a rotatividade de executores, deixando a critério do executor a escolha de quais informações registrar e a forma e vocabulário usado, e se tratando de uma equipe multidisciplinar oferecem oportunidades ilimitadas para que a informação seja mal interpretada, o que aumenta a vulnerabilidade a erros devido a inconsistência nos dados recolhidos. O que pode gerar um problema para o fluxo de informação e comunicação interdisciplinar entre os membros da equipe de profissionais. (KEENAN, 2012)

A interação dos diversos profissionais ocorreu por meio da mediação simbólica da linguagem, ou seja, através da comunicação buscou-se o acordo sobre um plano de ação comum aos sujeitos envolvidos. Na pesquisa empírica, as situações objetivas de construção de ações em conjunto de um projeto de assistência comum foram observadas durante as reuniões de equipe, nas situações em que por meio das conversações os sujeitos colocavam-se em debate na busca de um acordo acerca de um plano de ação. O que pode ser observado nas falas a seguir:

Durante a atividade percebi um abatimento no (nome do paciente) ,ele não quer conversar com ninguém . (Mus)

Ele teve uma decepção na família que o abalou muito. A família só suga, quando conseguiram retirar os bens o abandoaram. (Ass)

Ele possui algum histórico? (Med3)

O luto da esposa não é bem resolvido, ele quer atenção e esse episódio o chocou. (Psi)

Ele sempre foi a referência da família, ele é lúcido, mas o corpo não responde, falta autonomia, o isolamento dos outros pacientes e para não constatar suas restrições. Ele procura fazer atividades fora da casa para não apresentar fragilidade. (Psi)

Os outros pacientes não falam mais com ele, pedi que voltassem após terminar a atividade, percebo que alguns pacientes não tem espírito de amizade e sim de competição. (Mus)

Podemos fazer uma visita conjunta PSI? E a medicina analisar sintomas quanto a depressão? Pode ser assim? (Mus)

O relato acima é um exemplo da prática dialógica que prevalece nas conversações durante a reunião da equipe Alfa. E quando surgiram contestações sobre algum argumento, os profissionais buscaram o entendimento com uso do diálogo, para se estabelecer um novo acordo acerca do projeto de ação para solução de determinada situação problemática. Desta forma, os sujeitos retornam a situação de acordo intersubjetiva. Na teoria do agir comunicativo, isto é denominado discurso, em que é reivindicada a legitimidade de pretensão de validade do discurso. Assim, é estabelecido um novo consenso, por meio do diálogo, através da argumentação racional (PEDUZZI, 2007).

Porém, existem situações de atendimento clínico em que as normas e valores já estabelecidos, não permitem acordos livremente negociados, o saber biomédico e o agir instrumental sobrepujam-se a outros modos de interação e assistência a saúde. (PEREIRA, 2011)

Neste contexto, verifica-se a análise da equipe Alfa sobre as divergências ocorridas durante a reunião, para 56% da equipe os conflitos nem sempre são resolvidos, e para 78% estes impasses atrapalham a dinâmica da reunião.

Neste sentido, é necessário avaliar as relações interpessoais que já foram citadas anteriormente como impasses nas interações dos membros. Além das ações comunicativas existentes, que podem ser classificadas como de cunho racional instrumental, voltadas exclusivamente ao êxito. Nestas ações, o caráter social e individual de cada sujeito, não é considerado. Porém, existe a ação racional comunicativa onde todos os participantes do debate como agentes linguisticamente competentes, no qual a racionalidade fundamenta-se na utilização de argumentos válidos, capazes de fundamentar as proposições e os enunciados considerados na interação comunicativa.

Durante a participação nas reuniões foram observadas as duas ações sendo empregadas concomitantemente, pela equipe. Nas questões clínicas foi mais frequente a utilização de ações racionais comunicativas, estabelecendo o consenso através do diálogo, mediados pela linguagem, em quase todos os casos. No entanto, os debates acerca de assuntos de caráter administrativos utilizaram mais frequentemente ações de cunho instrumental.

Assim, é importante capacitar a equipes, para que as questões técnicas não predominem no debate, mas sejam abordados também, temas referentes ao relacionamento interpessoal e trabalho em equipe, com a construção do consenso através da argumentação com foco no paciente.

## **Compartilhamento de Informações**

O compartilhamento de informações é um aspecto presente dentro do trabalho em equipe. A ação de busca e transmissão de informações é vivenciada diariamente na prática do profissional de saúde. Neste sentido, a reunião de equipe apresenta uma possibilidade de troca de informações com grande potencial de aplicação e resolução de questões clínicas.

A pesquisa com a equipe Alfa revela que a reunião e o diálogo informal possuem o mesmo percentual de aplicabilidade no compartilhamento de informações. No entanto, o estudo realizou somente análises das interações ocorridas na reunião. Diante desta constatação se faz necessário novas pesquisas, para que seja possível inserir o acompanhamento da rotina integral dos profissionais que compõem a equipe, e desta forma alcançar os dados referentes à troca informal de informações.

Em alguns casos, foi evidenciado que os diálogos informais promoveram ações práticas, que foram compartilhadas na reunião para conhecimento dos membros da equipe. O que demonstra concomitância entre as duas formas de comunicação, porém não foi esclarecido se ocorreu e onde foi feito o registro destas ações.

Porém, a pesquisa revelou que no compartilhamento de novos conhecimentos não somente diálogo informal e a reunião de equipe foram citados, como também, a chefia como veículo transmissor. Este último, utilizado como um validador para mudanças de práticas, compartilhando a responsabilidade pela inovação, e também, como um disseminador devido a influência entre todos os membros. A liderança tem a competência de provocar a inserção de novos conhecimentos, além da responsabilidade do controle sobre aplicabilidade e suas consequências. (PEREIRA, 2011)

Apesar dos participantes da pesquisa não afirmarem necessariamente ir a uma pessoa ou a um colega específico para obter informações mais do que outros, os dados referentes as interações demonstram que a medicina e enfermagem apresentam relativamente maior prestígio, como fonte de pesquisa, visto o grau de interações apontada pela equipe, onde as duas especialidades foram citadas com maior frequência de interação com outras áreas. E segundo McCallin (2003), a medicina e a enfermagem são os pilares de grande parte das equipes de saúde, e as duas áreas têm trabalhado juntas, resistindo a momentos de harmonia e de impasse no decorrer do tempo.

## **Busca de Informação**

A busca de informações dentro da área da saúde é um grande desafio para os profissionais, devido a enorme volume de informações disponíveis em inúmeras fontes. Grande parte da literatura sobre comportamentos de busca de informação dos profissionais de saúde apontam que múltiplas fontes de informação são utilizadas. Novas pesquisas surgem a todo instante, a expansão da literatura é ininterrupta, e um dos obstáculos é identificar a melhor forma de acessar e integrar as evidências de pesquisa com o conhecimento existente para melhorar a prática do cuidado. (SIBBALD, 2013)

Dentro desta enorme variedade de possibilidades de canais de busca e fontes de informação, o estudo procurou analisar quais as questões de maior frequência nas pesquisas realizadas pelos membros da equipe Alfa. A maioria da equipe, 56%, sinalizou que realiza a busca por informações para resolução de questões clínicas duas a três vezes por semana. Nestas pesquisas o tema tratamento apareceu com 44%, seguido de 33% prevenção e 22% psicossocial.

As pesquisas por informações relacionadas a tratamento produzem efeitos também na apresentação de casos, onde alcançou a marca de 33%, para assuntos que motivam apresentação de casos durante a reunião. Esta análise de dados demonstra que o tema Tratamento, está diretamente ligado a rotina da equipe, provocando um ciclo de apresentação de casos e pesquisas sobre o tema.

No entanto, ao surgir à dificuldade de encontrar a informação, a equipe sinalizou a solicitação de ajuda dos pares e profissionais da instituição, na primeira e segunda posição respectivamente, como fontes de informação. Os médicos são conhecidos por recorrer a colegas quando procuram informações. Este processo tem sido discutido em profissionais de saúde de cuidados primários, utilizando análise de redes sociais, onde a perícia e experiência, desempenham um papel na forma como a informação é obtida. Este ponto potencial de intervenção para aquisição de informação e captação de conhecimento, é utilizada de forma mais geral, sem nenhuma padronização, e precisa ser melhor entendida no contexto das novas formas organizacionais, tais como o trabalho em equipes multiprofissionais. Este é um passo essencial antes de posicionar o papel potencial dos profissionais da informação em equipes de saúde. (KEENAN, 2012)

O estudo revelou que a pesquisa sobre as informações nos registros das reuniões, ou seja, os livros de ata da coordenação e da equipe demonstram uma utilidade de 44% com uso frequente. O que significa um bom aproveitamento, em virtude do acesso e formato das

informações, registradas em papel e na sequência das reuniões, o que dificulta a busca por algum caso específico. Os motivos apresentados para a pesquisa foram:

- reincidência de problemas; registro do início de algum sintoma ou problema familiar ou também de ordem técnica administrativa relativa ao paciente;
- informações sobre avaliação (piora/melhora), tratamento do paciente;
- ações realizadas por outros membros da equipe;
- solução de um problema e sua temporalidade, histórico de casos para confronto com novos acontecimentos, e para responder sobre um questionamento; e
- elaboração de relatórios de casos sociais e respostas jurídicas.

Desta forma, verifica-se um grande potencial das informações provenientes das reuniões, pois atendem a diversas necessidades, não só de tipo clínico, como também administrativo e jurídico. Sobre o aspecto jurídico, foi observada durante a pesquisa a preocupação com aspectos legais, com intuito de salvaguardar os profissionais quanto a decisões dos pacientes em não aceitar o tratamento, e dos familiares por discordância das decisões da equipe e conhecimento do estado clínico e atitudes dos pacientes. Em alguns casos solicitavam a participação de pacientes ou responsáveis legais (familiares ou não) nas reuniões.

### **Trabalho Interdisciplinar**

Na concepção da equipe sobre o processo de trabalho interdisciplinar houve consenso, e alguns conceitos foram destacados:

- Troca de saberes
- Interação
- Melhor compreensão do paciente
- Melhoria no atendimento devido a integração de saberes

Todos os conceitos acima descritos foram relacionados à promoção do bem estar do paciente como foco principal das atividades. Estas características sinalizam de maneira subliminar a aglutinação dos conceitos de promoção de saúde e interdisciplinaridade. O trabalho em equipe interdisciplinar favorece ações diretamente vinculadas a promoção de saúde, conceito que inclui em sua concepção o atendimento integral, contemplando aspectos

clínicos e psicossociais, capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, ações de cunho intersetorial que avançam em diversos campos como: educação, saneamento, habitação, renda, trabalho, alimentação, isolamento social etc (BRASIL, 2009). Neste sentido, o conceito de interdisciplinaridade serve como uma alternativa, um caminho a seguir, na construção de ações e conhecimentos através da interação de diversos saberes. Possibilita atendimento mais abrangente e integral e surge como opção possível de realizar ações efetivas para o alcance de todas as vertentes que compõe o conceito de promoção da saúde.

A construção de um trabalho em equipe interdisciplinar possui alguns obstáculos. Foram citados pela equipe Alfa alguns condicionantes para a efetivação de um trabalho interdisciplinar como:

- Humildade entre os membros da equipe;
- Entendimento e respeito das diferenças
- Perfil profissional
- Interação entre os profissionais
- Foco na resolução dos problemas/casos
- Diálogo /Comunicação

Os condicionantes descritos na pesquisa são fatores bem presentes na literatura sobre o tema. Em relação à citação da humildade entre os profissionais, pode-se fazer uma referência sobre a aceitação de que toda área tem sua limitação e que a soma das partes é maior do que o todo (POMBO, 2005), e que o trabalho de diversas disciplinas podem produzir resultados potenciais que não poderiam ter sido produzidos individualmente (NAMEN; GALAN, 2011). Além da admissão do outro como igual, rompendo com valores tradicionais na saúde, como hierarquia, distribuição de categorias profissionais e compartimentalização do saber.

Sobre o item entendimento e respeito das diferenças, Fazenda (1996) atribui a sensibilidade, na prática da arte de entender e esperar, ou seja, para o trabalho em grupo é necessário um desenvolvimento no sentido da criação e da imaginação e compreensão do outro.

O terceiro fator, perfil profissional, foi o único que recebeu duas indicações. Um fator que influencia diretamente o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar, e que inicia na formação acadêmica. A formação tradicional que o profissional de saúde geralmente recebe durante o curso de graduação, está baseada em modelos estáticos, com currículo rígido. Onde

o profissional se forma com pouca ou nenhuma interação com outros profissionais da saúde, sem troca de conhecimentos que possibilite as ações coordenadas para um objetivo uníssono. No entanto o que prevalece são currículos com caráter biologicista, o que dificulta as integrações entre as diversas disciplinas, e transformam o profissional num técnico e o paciente num objeto de intervenção e estudo (CUTOLO, 2001).

O quarto fator citado é Interação entre os profissionais, fator classificado pela equipe (questão nº 2.1 do questionário) como um elemento de produção de ações coletivas durante as reuniões. Porém, a própria equipe quando indagada sobre o que mais atrapalha a formação de ações em grupo, citou problemas interpessoais. Visto que, as interações modificam o indivíduo, as relações de trabalho interferem na relação do indivíduo com a sociedade.

Portanto, trabalhar em equipe não é simplesmente reunir trabalhadores e deixá-los atuando numa mesma área, aparentemente com objetivo comum, é necessário mais do que isso, é preciso que o trabalho tenha foco na resolução de problemas/casos (item 5), ou seja, direcionado ao paciente. É preciso superar também, as dificuldades existentes na relação interpessoal entre os sujeitos que compõe a equipe. Nesta perspectiva, a interação social e a comunicação assumem um papel de grande importância para pactuar valores subtendidos nas regras de trabalho. A comunicação e o foco no cuidado se colocados como premissa são fatores que podem colaborar no tratamento de problemas interpessoais, e assim possibilitar que as interações resultem no melhor cuidado ao paciente.

O sexto item Diálogo/Comunicação está intimamente ligado ao trabalho em equipe na saúde, a comunicação é intrínseca à efetivação do processo de trabalho, pois “por meio da mediação simbólica da linguagem, ocorreria a articulação das ações, a colaboração e a integração dos saberes técnicos e a interação dos agentes” (PEDUZZI, 1998, p. 229).

Entretanto, dentro da comunicação entre os sujeitos podem ocorrer ruídos, conflitos e divergências. No trabalho em grupo as divergências estão inseparáveis da ação coletiva, podendo se tornar um vetor para desmotivação ao trabalho (PEREIRA, 2011). Por isso, é preciso estabelecer espaços/canais de comunicação, onde o diálogo fundamentado no agir comunicativo de Habermas prevaleça, e que os profissionais tenham consciência que utilizando a linguagem como ferramenta para se obter o consenso possa não apenas contribuir com o melhor cuidado ao paciente, mas também harmonizar o ambiente de trabalho com o respeito e valorização de todos por igual.

## Fluxo de Informação

Dentre os benefícios do fluxo de informações realizado nas reuniões de equipe, foram apontados pelos profissionais a responsabilidade compartilhada e interação da equipe. Os dois conceitos se relacionam no sentido que, através do compartilhamento de dúvidas, problemas, inquietações, a responsabilidade se divide, além da construção de intervenções mais abrangentes que consigam dar conta de problemas complexos. Logo, o fluxo de informações perpassa por diversos canais de comunicação durante a reunião, o debate, o registro, a consulta, todas as ações que manipulam as informações produzidas no encontro.

Além dos canais formais o diálogo informal foi citado com um canal importante de interação. Foi possível observar um fato ocorrido fora da reunião, na sala de nutrição, onde a Enf1 indagou a Nut, sobre algumas prescrições realizadas pela Nut, o objetivo era confirmar o tratamento e propor uma ação em conjunto. Este fato apresenta alguns aspectos importantes, como o uso do contato informal para a tomada de decisão e construção de ações conjuntas para melhor atendimento ao paciente. A ação utilizada foi racional comunicativa, onde o consenso foi estabelecido através do diálogo (HABERMAS, 1987).

Outro fator que merece destaque é que nesta ação foi utilizado pela Enf1 um papel rascunho com lembrete, mesmo existindo formulário próprio, que continha inúmeras informações sobre o paciente que gerou a indagação que iniciou o diálogo. Isto aponta para questão do registro de informações, já que não houve registro do consenso estabelecido, no momento ou logo após, ou seja, qualquer outro profissional não saberia do acordo realizado. Além do uso de rascunhos que segundo Keenan (2012), que podem causar perda de informações importantes, ou deixar lacunas no registro formal.

Algumas observações quanto ao fluxo da informação se apresentaram durante a participação da reunião. A memória de casos é favorecida pela presença de membros com grande tempo na instituição. No entanto, não existe nenhuma ferramenta que facilite o acesso para consulta de históricos de pacientes, o que possibilitaria uma melhor dinâmica no debate e precisão de evidências na escolha de ações.

Barreto (2002) associa o conceito de fluxo de informação a produção do conhecimento, ou seja, quando o receptor agrega um diferencial na informação recebida. O autor sinaliza que o processo do fluxo da informação acontece em dois níveis. Os fluxos internos que se orientam para sua organização e controle, e os fluxos extremos que mostram a mudança, entre a mensagem de um emissor, a linguagem de codificação do autor da informação, e o conhecimento construído pelo receptor. Logo, a melhoria na apresentação de

casos, com informações mais precisas sobre os pacientes como, histórico do paciente, ações já empregadas, aceitação do tratamento, ações sem êxito, podem potencializar a produção do conhecimento influenciando na tomada de decisão e resolução de problemas.

Neste sentido, o resultado da pesquisa empírica revela que o fluxo da informação durante a reunião promoveu mudanças em 55% dos casos debatidos. Através da comunicação mediada pela linguagem, a partir das informações surgidas na resolução dos assuntos em discussão, onde foram geradas ações de alteração de procedimento, encaminhamento para clínica específica, solicitação de contato com a família, ações que contribuíram no cuidado em saúde.

Ressalta-se que a comunicação quase sempre foi empregada utilizando os conceitos pertinentes à ação racional comunicativa, cujo consenso foi obtido, com uso do discurso, por convencimentos baseados em argumentos técnicos, sem a utilização de hierarquia funcional ou especialidade.

## **9 CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS**

O trabalho em equipe ganha uma nova dimensão, com a divisão de responsabilidade do cuidado entre os membros. Desta forma, os sujeitos utilizando suas especificidades, colaboram para a qualidade dos serviços de saúde prestados a comunidade. Assim, congregando saberes é possível superar o isolamento das práticas clínicas e atingir a integralidade de atenção à saúde, construindo novas formas de mobilização do coletivo, como a efetivação do trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional.

Participar das reuniões possibilitou estar inserido em uma das atividades do cotidiano do trabalho da equipe Alfa. Este fato foi essencial para elaboração deste estudo, e melhor entendimento do fluxo da informação. Além, de analisar o contexto histórico, político e social em que o objeto de estudo está imerso.

De forma generalizada, nos serviços de saúde convencionais não há um vínculo muito grande entre o paciente e a equipe. Às vezes o paciente só tem vínculo com o seu médico, mas não se formam vínculos com todos os membros da equipe. O modelo adotado na CGABEG, com residência, juntamente com a manutenção dos membros da equipe no atendimento das alas, resulta em benefícios para a realização das atividades, além de possibilitar: interação entre os membros, e a confiança no trabalho do outro. Além da forte vinculação da equipe com os pacientes, conhecendo seu histórico, que permite atender suas demandas de maneira mais satisfatória, construindo um plano terapêutico em que o próprio paciente consiga

participar, o que favorece a aceitação e efetivação, como também a verificação do êxito na prescrição.

A prática de incluir no atendimento a participação e respeito aos desejos e necessidades dos usuários beneficiam também os trabalhadores, e possibilitam ao grupo de profissionais planejarem e avaliarem suas ações, o que praticamente inexiste no modelo tradicional de atenção à saúde. Pela participação no planejamento/execução e avaliação do projeto assistencial, os pacientes conseguem conhecer os sentidos das condutas adotadas, portanto, passam também a responsabilizarem-se pelo resultado do trabalho.

Este modo de organização do trabalho distancia-se da hierarquização e fragmentação taylorista, aproximando-se do diálogo entre profissionais distintos, proposto pela interdisciplinaridade. Possibilita, ainda, um acompanhamento diferenciado dos usuários e dos serviços, aproximando-se da proposta de integralidade. No que diz respeito às relações profissionais, facilita as trocas entre os distintos saberes, a construção do diálogo e a comunicação mais horizontal entre as diversas profissões, aproximando-se de modelos potencialmente capazes de romper com o tradicional modelo hierárquico em saúde.

De uma forma geral, durante a observação das reuniões foram abordadas concepções de acordo com o conceito ampliado de saúde advindo da medicina integral, ou seja, foram incluídos aspectos sociais, cognitivos e históricos dos pacientes sobrepondo a visão extremamente curativa. A equipe apresentou durante as reuniões uma grande preocupação com o bem estar do paciente, não somente questões clínicas foram debatidas, como também, aspectos sociais, familiares, cognitivos eram consideradas na avaliação e tomadas de decisão. Esses valores estão de acordo com o caráter humanista que é preconizado no conceito de promoção de saúde.

Os debates produziram resoluções em 55% dos casos apresentados nas reuniões. Contudo, na maior parte dos casos, as ações acordadas após o consenso, eram de execução de apenas uma especialidade. O debate possuiu caráter interdisciplinar, mas não ficou evidenciado nos debates durante as reuniões o estabelecimento frequente de ações conjuntas. Somente em 8 casos, de um total de 52, foi explicitada a construção de práticas conjuntas. O que se verificou foram debates com aceitação das opiniões de todos especialistas como iguais, o que colaborou no diagnóstico e troca de conhecimentos para a implantação de ações, além do compartilhamento da responsabilidade. Isto já diferencia o tipo de atendimento prestado, porém não rompe totalmente com o modelo tradicional.

No entanto, devemos destacar que para melhor verificação da dinâmica de trabalho da equipe Alfa é necessária ampliação da pesquisa, com acompanhamento da rotina diária de

todas as especialidades. Visto que, muitas interações ocorrem no informal, podendo a articulação ocorrer entre os profissionais da equipe dentro do próprio atendimento, para o esclarecimento de dúvidas ou a necessidade de avaliação conjunta do caso, o que impõe uma probabilidade de execução de ações que não são discutidas nas reuniões.

Por outro lado, o discurso dos profissionais ao se referir às interações cotidianas de trabalho, as relaciona como fator positivo do trabalho em equipe, que privilegia além do conceito ampliado em saúde, a humanização por meio do vínculo, acolhimento e valorização da relação de troca de saberes.

Na concepção dos profissionais a responsabilidade compartilhada e a interação são características fortemente associadas ao trabalho em equipe, em menor grau também se referem à dimensão comunicativa intrínseca deste trabalho.

Ressalta-se que não há discrepâncias significativas entre os discursos da equipe com as representações e o conceito sobre o trabalho interdisciplinar.

O compartilhamento de informações em equipes interdisciplinares é um processo complexo e multifacetado. Intervenções específicas precisam ser melhoradas, como a formalização de meios de comunicação, para organizar melhor as atividades de compartilhamento de conhecimento e potencializar a utilização dos profissionais de saúde. (SIBBALD, 2013).

Na análise dos dados da pesquisa, foi verificado o registro das informações da reunião, que é realizado em livros, manualmente, o que dificulta o acesso a informação com celeridade, como também a localização de dados específicos para pesquisa, devido ao registro ser feito em ordem cronológica das reuniões. Outro ponto, é a falta de sincronia automática entre as decisões tomadas na reunião com o prontuário do paciente, em virtude das anotações serem realizadas em papel. Além, da falta de padronização e sistematização das informações. Fato que se agrava pelo rodízio de executores no livro da ata da equipe, que proporciona a disparidade de vocabulário e níveis de detalhamento das informações registradas. Perante este fato, é preciso padronizar o registro de informações, especificando o nível de detalhamento adequado de acordo com as atividades executadas pela equipe. Além de padronização do formato, conteúdo e palavras usadas para documentar informação necessária.

Deve ser considerado como uma ferramenta de melhoria, a criação de um sistema eletrônico que consiga agregar informações do prontuário, relatório social da chegada do paciente na instituição, as resoluções decididas nas reuniões, assim como a frequência nas atividades sociais, além de sugestões dos pacientes, cuidadoras e familiares.

O sistema serviria, durante a reunião de equipe, como um banco de dados, que permitiria

acesso as informações de interesse. Isto iria diminuir a vulnerabilidades da memória do profissional para a discussão dos casos, além do registro das resoluções acordadas na reunião serem realizadas durante a execução, estando disponível para equipe ao término da seção, podendo servir de fonte de informação na prática clínica. O uso de um sistema pode melhorar substancialmente a consistência da informação, reduzir drasticamente a variabilidade, e aumentar a validade e confiabilidade das informações de saúde (KEENAN, 2012).

Desta forma, verifica-se que o compartilhamento de novos conhecimentos ocorre não somente em meios formais, como também, através de canais informais não estruturados, ou seja, diálogo informal. O que demonstra o padrão irregular do fluxo de informações entre os profissionais de saúde e abre o papel potencial e importante para especialistas em informação.

No entanto, a reunião de equipe é citada pelos membros da equipe como espaço de troca entre os agentes, pois nela ocorre o planejamento e a avaliação das atividades desenvolvidas, divulgação de informações, discussão de casos e resolução de conflitos. Espaço onde acontecem construções coletivas entre os profissionais e, entre concordâncias e divergências, são traçados projetos, assumidos compromissos e elaborados os acordos possíveis.

No estudo dos dados coletados da análise da equipe, e observações nas reuniões, percebe-se que os conflitos e divergências na maioria das vezes foram gerados na discussão de problemas de caráter administrativos, quando houve conflito no debate de casos clínicos foram facilmente resolvidos. Porém, destaca-se que durante as reuniões há momentos em que esse espaço é utilizado apenas para repasse de informações e divisão de atribuições, contrariando a afirmativa unânime da equipe em resposta a classificação das interações durante a reunião (questionário/questão 2.1).

Neste sentido, é necessário potencializar este espaço intercessor entre os profissionais, ou até recriar, para que os trabalhadores possam construir novos saberes. Para isso é preciso estabelecer um planejamento das reuniões, com a elaboração de um cronograma dos casos que serão discutidos, a ordem de abordagem, e a denominação de um profissional responsável por dinamizar o debate para que o tempo seja mais produtivo.

Assim, trazemos Sibbald (2013), que sugere o emprego de um profissional, que denomina de “bibliotecário clínico”, ou “especialista em informação”, ou seja, um profissional da informação, para participar das reuniões, com incumbência de melhorar a comunicação e compartilhamento de informações na equipe. Servindo ainda de referência para que todos os membros transmitissem as informações dos casos que seriam debatidos, que possibilitaria o levantamento de registros anteriores nos livros de ata da e coordenação e da

equipe, além do prontuário, relatórios sociais etc. Todas as informações para construção de um debate com subsídios pertinentes aos casos, facilitando a tomada de decisão, e ganho de produtividade. Além de promover um sentido mais definido da reunião, com estabelecimento do que será realizado e as metas a serem alcançadas.

Porém, mesmo com a inclusão do profissional da informação é preciso que se discuta sobre relação interpessoal como uma questão crítica no trabalho em equipe. Na análise dos dados foi citada como o fator que causa maior impacto negativo para o estabelecimento de interações, e, por conseguinte no fluxo das informações. Pois, a relação entre sujeitos é um aspecto onde se pesam as diferenças de personalidade, experiências em equipes anteriores, convívio, interesses individuais, e ideias distintas da realização de um trabalho em equipe.

Neste contexto pode-se afirmar que durante as reuniões que fizeram parte do estudo, os debates foram, em geral, promovidos com uma ação racional comunicativa, onde os participantes possuíam iguais condições de discurso, as divergências e impasses foram resolvidos através do diálogo e argumentações, sem envolvimento da hierarquia e relação de poder que pudessem ser notadas. Nas observações prevaleceu uma prática dialógica que mesmo com contestações de algum enunciado, foi buscado pelos sujeitos o entendimento ao colocarem-se de acordo acerca do projeto de ação para determinada situação problemática. E, sendo assim, os sujeitos voltaram a uma situação de acordo intersubjetivo. O que se enquadra no que a teoria do agir comunicativo denomina de discurso, onde os atos de fala, através da argumentação racional, estabelecem um novo consenso.

No entanto, mais pesquisas são necessárias para determinar se os resultados são diferentes entre equipes com formações distintas, por que de acordo com variáveis específicas de prática (por exemplo, modelos de assistência, diversidade de especialidades, tempo desde a criação da equipe, etc.) os resultados podem ser diferentes.

São necessárias também, mais pesquisas para determinar se, por exemplo, recursos como um especialista em informação seria a forma mais eficaz e eficiente de melhorar a qualidade e quantidade de conhecimento baseado em pesquisa que está sendo usado em ambientes de trabalho em equipe. (SIBBALD, 2013).

A equipe de saúde investigada possui características próximas de um trabalho interdisciplinar, já que as articulações das ações e a comunicação são entendidas e utilizadas como um meio de integração social, que promove fluxos de informações que contribuem para a melhoria do cuidado em saúde. Porém, por se tratar de uma prestação de cuidado com caráter gerontológico, onde a interdisciplinaridade está intrínseca, a resolução de ações com a participação conjunta de duas ou mais disciplinas não atingiu um número alto, apenas 8 casos

de um total de 52 casos debatidos.

Sinalizamos também que o trabalho desenvolvido pela equipe vai de encontro às prescrições do cuidado integral, onde são avaliados diversos aspectos ligados ao bem estar do paciente se distanciando da visão fragmentada e curativa.

No entanto, foram constadas algumas incongruências, relacionadas ao registro e acesso das informações das reuniões, que atingem diretamente a tomada de decisão, a falta de padronização no registro das informações, o uso apenas da memória na apresentação de casos, o acesso a informações de forma manual. Logo, sinalizamos como uma possível ferramenta de auxílio o uso de um sistema informatizado que permita melhor aproveitamento das reuniões e dos profissionais. Além, do incremento de um profissional da informação, para contribuir no dinamismo do fluxo das informações, e garantia do acesso e registro das informações de forma eficaz.

Deve-se destacar a necessidade de aumento do aproveitamento das reuniões, no intuito de estabelecer acordos que contemplem ações em conjunto na prática do cuidado. Como uma das alternativas sugere-se a sistematização dos resultados, positivos ou não, das ações empregadas, podem clarear as necessidades das ações conjuntas entre áreas de acordo com cada caso, atividade que pode ser atribuída ao profissional de informação. Porém, todas estas alternativas só podem ser concretizadas a partir do desejo de todos os membros da equipe, ou seja, é preciso estar atento para a manutenção das relações interpessoais, e resolução dos conflitos e divergências, com uso do diálogo para alcançar o consenso.

Assim, pode-se concluir que a comunicação e o registro de informações influenciam no fluxo da informação no trabalho interdisciplinar em equipes de saúde, e que o aumento de sua efetividade tem um grande potencial para a construção de novas práticas de saúde, norteadas para a integralidade, a democratização das relações de trabalho e a ação racional comunicativa.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. F. **Transdisciplinaridade e saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva 1997.
- ARAÚJO, E. A. O fenômeno informacional na ciência da informação: abordagem teórico-conceitual. In: CASTRO, C. A. (Org.). **Ciência da Informação e Biblioteconomia múltiplos discursos**. São Luis: EDUFMA, 2002.
- ARAÚJO, E.A. A construção social da informação: práticas informacionais no contexto de Organizações Não-Governamentais/ONGs brasileiras. 1998, 221 f. Tese, Doutorado em Ciência da Informação, Faculdade de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Federal de Brasília, 1998.
- ARTMANN E.; RIVERA, F. J. U. Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 205-31.
- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009. p.284.
- BARRETO, A. A. A questão da Informação. *Revista São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 8, n.4, p. 3-8, 1994.
- \_\_\_\_\_. Mudança estrutural no fluxo do conhecimento: a comunicação eletrônica. *Ciência da Informação*, Brasília, DF, v.27, n.2, p. 122-126, 1998.
- \_\_\_\_\_. Transferência da informação para o conhecimento. In: AQUINO, M. A. (Org.). **O campo da Ciência da Informação: gênese, conexões e especificidades**. João Pessoa: UFPB, 2002, p. 49-60.
- \_\_\_\_\_. Políticas de monitoramento da informação por compressão semântica dos seus estoques. **DataGramZero**, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p.1-16, 2003.
- \_\_\_\_\_. Os destinos da ciência da informação: entre o cristal e a chama. **DataGramZero: Revista de Ciência da Informação**, Rio de Janeiro, n. 0, dez. 1999. Disponível em: <[www.http://www.dgz.org.br/dez99/F\\_I\\_aut.htm](http://www.dgz.org.br/dez99/F_I_aut.htm)>. Acesso em: 19 dez 2013.
- BEAL, A. **Gestão estratégica da informação**. São Paulo: Atlas, 2004.
- BIOLCHINI, J. C. A. et al., **Systematic review in software engineering**. Rio de Janeiro: System Engineering and Computer Science Departament – COPPE/FUFRJ, 2005. Technical Report ES 679/05.
- BIOLCHINI, J, LUZ, TM. As Práticas Alternativas na Reformulação do Sistema de Saúde – Contribuição para a VIII Conferência Nacional de Saúde. In: Luz, M.T. (org.) **Textos de apoio – a questão da homeopatia**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1987.

BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, Elizabete Viana de (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1131-1141.

BOUZA, C.; MUÑOZ, A.; AMATE, J. M. Efficacy of modern dressings in the treatment of leg ulcers: a systematic review. *Wound Repair Regen*, v. 13, n. 3, p.218-229, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo, Brasília, 2006. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil). FALEIROS VP, SILVA JFS, VASCONCELLOS LCF, SILVEIRA, RMG.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília, 2009.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 018055.

BRASIL. **Portaria nº 2.488**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 dez. 2011, seção 1, p.45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família - construindo um novo modelo. **Cadernos de Saúde da Família**. Brasília, Ano 1, n. 1, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

BUCKLAND, M. K. Information as thing. **Journal of the American Society for Information Science**, v. 45, n .5, p. 351-360, 1991.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

BUSS, P.M; PELLEGRINI, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, v.17, n.1, p.77-92, 2007.

BORKO, H. Information science: what is it? **American Documentation**, v.19, n.1, p.3-5, Jan. 1968.

CALIRI, M. H. L.; MARZIALE, M. H. P. A prática de enfermagem baseada em evidências: conceitos e informações disponíveis online. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 103-104, ago. 2000.

CAMACHO, A. C. L. F. A Gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 2, pp. 229-33, 2002.

CANÁRIO, R. Formação e mudança no campo da saúde, In: CANÁRIO R. (Org.) **Formação e situações de trabalho**, 2ª ed. Portugal: Porto Editora, 2003, p. 117-146.

CÂNDIDO, C. A; VALENTIM, M. L; CONTANI, M. L. Gestão estratégica da informação: semiótica aplicada ao processo de tomada de decisão. **DataGramaZero: Revista de Ciência da Informação**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, jun. 2005. Disponível em: <[http://www.dgz.org.br/jun05/F\\_I\\_art.htm](http://www.dgz.org.br/jun05/F_I_art.htm)>. Acesso em: 22 dez. 2013.

CAPRA, F. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1988.

CAPURRO, R. Epistemología y ciencia de la información. **Enl@ce: Revista Venezolana de Información, Tecnología y Conocimiento**, v. 4, n. 1, p. 11-29, jan./abr., 2007.

CARVALHO, D.W.; FREIRE, M.T.M.; VILAR, G.. Comunicação e saúde: humanização, significado e ação comunicativa. **Revista Organicom**, v. 9, n. 16-17, p. 58, 2012.

CASTELLS, M. O espaço de fluxos. In: \_\_\_\_\_. **A sociedade em rede**. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001. v. 1, Cap. 6, p. 467-521

CASTRO, A. A. Revisão sistemática e meta-análise. **Compacta: temas de cardiologia**, v. 3, n. 1, p. 5-9, 2001. Disponível em: <<http://www.metodologia.org>>. Acesso em: 3 set. 2013.

CASTRO PINTO, S.P.L. et al (Org.). O desafio multidisciplinar: um modelo de instituição de longa permanência para idosos: Casa Gerontológica de Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2006.

CECILIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; ABRASCO, 2001.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C.M. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1400-1410, set./out. 2004.

CHAGAS, C.E. **O texto oral dialogado: a importância dos marcadores conversacionais**. Revista Philologus, Rio de Janeiro, p. 118 - 131, 30 abr. 2007.

CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** n.53 esp, p.143-7, dez.2000.

COUTO, D.R.T, PIZZI, J. Ensinar ética e assumir responsabilidades: os novos desafios. **Revista Conexão – Comunicação e Cultura**, Caxias do Sul, v. 10, n. 19, jan./jun. 2011.

CORTINA, A. El quehacer público de las éticas aplicadas: ética cívica transaccional. In: CORTINA, D.; GARCÍA-MARZÁ, **Razón pública y éticas aplicadas**. Madrid: Tecnos, 2003.

COTT, C.A. Trabalho em equipe. In: PICKLES B. et al. **Fisioterapia na terceira idade**. São Paulo: Livraria Santos: 1998. p 413-422.

CUTOLO, L.R.A. **Estilo de pensamento em educação médica**: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC. 2001. 230 f. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

DAVENPORT, T. H. **Ecologia da informação**. São Paulo: Futura, 1998.

DONATO, A.F.; GOMES, A.L.Z. O estudo da comunicação na formação dos profissionais de saúde: algumas questões e aproximações. **Bis – Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 37, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/bis50-completo.pdf>>. Acesso em: 15 jan 2014.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. Medicina baseada em evidências. In: DUNCAN, Bruce B. et al., **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2004. Cap. 1.

DURAND, G. Multidisciplinarités et heuristique. In: PORTELLA, E. (Org.). **Entre savoirs: l'interdisciplinarité en actes: enjeux, obstacles, résultats**. Toulouse: Érès; Unesco, 1991. p. 35-48.

ETGES, N. J. Produção do conhecimento e interdisciplinaridade. **Educação e Realidade**, v. 18, n. 2, p. 73-82, 1993.

FAZENDA, I. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia?** 4. ed. São Paulo: Loyola, 1996.

FERREIRA, E.C.; RIBEIRO, M.M.F.; LEAL, S. S. Praticando a relação médico – paciente III: efeito terapêutico da consulta. **Clínica Médica**, v. 2, n. 1, Editora Médica e Científica Ltda., Rio de Janeiro, 2002.

FERIOTTI, M. L. A questão da interdisciplinaridade na saúde. **Revista de Ciências Médicas - PUCCAMP**, v. 4, n. 3, p. 130-132, 1995.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. In: ALMEIDA Márcio José de; FEUERWERKER, Laura C. M.; LLANOS, Manuel A. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 47-83

FORESTER, J. **Teoria crítica e análise organizacional**. Plural, v. 1, p. 131- 148, São Paulo, 1994.

FORTUNA, C.M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades. Em busca do desejo, do devir e singularidades**. (Dissertação). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 1999.

FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev Latino-am Enferm.** v.3, n.2, p.262-268, mar./abr. 2005.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 35. ed., São Paulo: Editora Paz e Terra, 2007. p.146.

FREITAG, Barbara. **A teoria crítica: ontem e hoje**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

FREITAG, B.; ROUANET, S.P. **Dialogando com Jürgen Habermas**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2005.

FREITAS, S.G. Cultura organizacional e comunicação. In: KUNSCH, Margarida M. Krohling (Org.). **Obtendo resultados com relações públicas**. 2. ed., rev. atual. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006. p. 53-62.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev. Latina America. Enferm.**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 549-556, maio/jun. 2004.

GARCÍA-MARZÁ, Domingo. **Ética de la comunicación y educación en valores: la responsabilidad de los medios de comunicación**. Separata de Filosofía Práctica y Persona Humana. Estudios 262, Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca, 2004a. p. 305-315.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Rev. Latino-Ameri. Enferm.**, v. 2, n. 2, p. 103-114, jan. 1994.

GONÇALVES, M.A.S. Teoria da ação comunicativa de Habermas: possibilidade de uma ação educativa de cunho interdisciplinar na escola. 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-73301999000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301999000100007)>. Acesso em: 5 jan. 2014.

GONZÁLEZ ESTEBAN, E. La gestión de la responsabilidad basada en el enfoque de los stakeholders. In: SICHA, Gonzalo. **La empresa socialmente responsable**. Madrid: Cideal, 2003. p. 55-87.

GUANABARINUS, L.T.; ARAÚJO, C.; GUANABARINAE, K. **Notas para um dia escrever uma História da Medicina**. Manguinhos: Ed. Provisória, 2003. 171p.

GUIMARÃES, E. M. P.; ÉVORA, Y. D. M. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 72-80, jan./abr. 2004.

GODOY, A.S. Pesquisa qualitativa tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n.3, p. 20-29 maio./jun. 1995.

GRACIA, TI. O giro lingüístico. In: INGUINEZ L. (Org.). **Manual de análise do discurso em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Vozes., 2004. p. 19-49

HABERMAS, J. Conhecimento e interesse. Rio de Janeiro. Guanabara. 1987b.

\_\_\_\_\_. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

\_\_\_\_\_. Dialética e hermenêutica: para a crítica da hermenêutica de Gadamer. Porto Alegre: L&PM, 1987a.

\_\_\_\_\_. Fragmentos filosofico-teologicos: de la impresion sensible a la expresion simbolica. Madrid: Editorial Trotta, 1999.

\_\_\_\_\_. Notas programáticas para a fundamentação de uma ética do discurso. In: *Consciencia moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

\_\_\_\_\_. O discurso filosófico da modernidade. Trad. de Ana Maria Bernardo e outros. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1990a.

\_\_\_\_\_. **Passado como futuro**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1993

\_\_\_\_\_. Pensamento pós-metafísico: estudos filosóficos. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990b.

\_\_\_\_\_. Trabalho e interação. In: \_\_\_\_\_. **Técnica e ciência como ideologia**. Lisboa: Edições 70; 1994. p. 11-43.

\_\_\_\_\_. **Teoria de la acción comunicativa I - Racionalidad de la acción y racionalización social**. Madri: Taurus, 1987.

\_\_\_\_\_. **Teoria de la acción comunicativa, I: racionalidad de la acción y racionalización social**. Madrid: Taurus; 2001.

HABERMAS, J. et al., Comunicação, opinião pública e poder. In: COHN, Gabriel (Org.). *Comunicação e indústria cultural*. São Paulo: Cia. Editora Nacional / Edusp, 1971.

HOWARD, I. Humanization and dehumanization of health care - a conceptual view. In: HOWARD, I.; STRAUSS, A. **Humanizing health care**. Toronto: John Wiley and Sons, 1975.

IAROSINSKI, M.H. **Contribuições da teoria da ação comunicativa de Jürgen Habermas para a educação tecnológica**. Dissertação (Mestrado em Tecnologia), Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná, Curitiba, 2000.

JACOB-FILHO W; SITTA MC. Interprofissionalidade. In: Papaléo Netto. (Org.). Gerontologia. São Paulo, Atheneu, 1996, p. 440-450.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 2 ed. Revista Zahar, Rio de Janeiro, 1991, p.265.

JNR, G.A. O efeito do atendimento da equipe multidisciplinar no tratamento de câncer. **Pan-Africano Medical Journal** , v 9, n. 1, 2011.

KEENAN, G.; YAKEL,E.; LOPEZ, K.D.; TSCHANNEN, D.; FORD, Y.B. Challenges to nurses' efforts of retrieving, documenting, and communicating patient. **Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA**, 2012. v.20, n.2, p.245-251, mar./apr. 2012

KITCHENHAM, B. **Procedures for Performing Systematic Reviews**. Joint Technical Software Engineering Group, department of computer science Keele University United King and empirical software engineering, national ict, Australian Ltd, Australian, 2004.

KUNSCH, M. M. K. (Org.). **Planejamento de relações públicas na comunicação integrada**. 4. ed. rev., atual. ampl. São Paulo: Summus, 2003.

LE COADIC, Y. F. **A Ciência da Informação**. São Paulo: Briquet Lemos, 2004.

LEMOS, NAIRA DE F. D.; TOBIAS, MÔNICA A.; LUIZ, CRISTINE; BESSE, MARIELA. Interdisciplinaridade, saúde e gerontologia: Articulando saberes. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, v.4, n.1, p.3-8, 2012.

LESCA, H.; ALMEIDA, F. C. Administração estratégica da informação. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 66-75, jul./set. 1994.

LIMA, J.C.F. **Bases histórico-conceituais para a compreensão do trabalho em saúde**. In : FONSECA, A.F.; STAUFFER, A. B. (Org.). O processo histórico do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 211p. p.57-96. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 5).

LOBIONDO, G. W. ; HABER, J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2001.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil Atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. p. 21 – 42.

MACHADO, R. C. M. **Ciência e Saber**. A trajetória da arqueologia de Foucault. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982. 218p.

MAFRA, S. N.; TRAVASSOS, G. H. **Estudos primários e secundários apoiando a busca por evidência em engenharia de software**. Rio de Janeiro, 2006. Relatório Técnico ES-687/06.

MARASCIULO, A.C.E.; NASSAR, S.M. Conceitos básicos em bioestatística e em epidemiologia clínica. In: DRUMMOND, José Paulo; SILVA, Eliézer; COUTINHO, Mário. **Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2004. Cap. 5.

MARCONDES, D. **Iniciação à história da filosofia**: dos pré-socráticos a Wittgenstein. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

MARTÍN, E.I. Apuntes para una psicología social de los equipos (desalud mental). In: Bauleo A, DURO JC, VIGNALE, R. **La concepción operativa de grupo**. Madrid: Asociacion Española de Neuropsiquiatria, 1990. p.191-221.

MARTINS, M. C. F. N. **Humanização das relações assistenciais**: a formação do profissional de Saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à administração**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

McCALLIN A. Interdisciplinary team leadership: a revisionist approach for an old problem? J. Nurs. Manag. v.11,n.6,p.364-370, 2003.

McCARTHY, T. **La teoría crítica de Jürgen Habermas**. Madrid:Tecnos, 1995

McGARRY, K. **O contexto dinâmico da informação**: uma análise introdutória. Brasília: Briquet de Lemos, 1999

MICHEL, J. L'information et documentation: un domaine d'activité professionnelle en mutation. **LCN - Les Métiers du Numérique**, Hermès, v.1, n.3, p. 47-64, 2000.

MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 70-77, abr./jun.1991.

\_\_\_\_\_. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Revista Emancipação**, Ponta Grossa, v.10, n.2, p.435-442, 2010.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORAES, I. H. S. Informação em saúde: um debate a partir da interdisciplinaridade, da emancipação e da democracia. In: GONZÁLEZ DE GÓMEZ, M. N.; ORRICO, E. G. D. (Coor.). **Políticas de memória e informação**: reflexos na organização do conhecimento. Natal: EDUFRRN, 2006. p. 191-208.

MORAES, I. H. S.; GONZÁLEZ DE GOMEZ, M. N. G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 553-565, 2007.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

MORIN E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.

MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersectorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 363-372, 2007.

NAMEN, F. M.; GALAN JÚNIOR, J. Reflexões sobre a educação de profissionais da área de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, 2011.

NASSAR, M.R.F. Comunicação e saúde: interfaces e desafios. **Revista Organicom**, v. 9, n. 16-17, p. 58, 2012.

NUNES, E. D. A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências sociais. In: CANESQUI, A. M. **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 95-113.

OLIVEIRA, B.R.G; COLLET, N.; VIERA, C.S. A humanização na assistência à saúde. **Rev. Latino-Amer. Enferm.** v. 14, n.2, p. 277-284, mar./abr. 2006.

OLIVEIRA, F.A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 6, n. 10, p. 63-74, 2002.

OLIVEIRA, M.; BERTUCCI, M. G. E. S. A pequena e média empresa e a gestão da informação. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 13, n. 2, 2003. Disponível em: <[www.informacaoesociedade.ufpb.br/pdf/is1320303.pdf](http://www.informacaoesociedade.ufpb.br/pdf/is1320303.pdf)>. Acesso em: 17 dez. 2013.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO CERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS. **Glossário de termos técnicos**. Brasília: OIT, 2002.

ORTIZ, E.; RODRÍGUEZ, M. V. **Consideraciones en torno a la Interdisciplinariedad: teoría y práctica**. 8º FORO DE EDUCACIÓN SUPERIOR EN LAS CIENCIAS DE LA SALUD. Puerto Rico Health Sciences Journal, v. 11, n. 2, pp. 99-103.1992.

PAGLIOSA, F.L.; DA ROS, M.A. **Relatório Flexner para o bem e para o mal**. **Rev. Bras. Educ. Méd.** v.32, n.4, p. 492-499, 2008.

PAPALÉO NETO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V. et alii. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2002.

PEDUZZI, M. **O enfermeiro no PSF**. São Paulo: Secretaria de Saúde, 2000

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde, **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006. p. 199-206.

\_\_\_\_\_. Equipe multiprofissional de saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

\_\_\_\_\_. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**, 1998. Tese (Doutorado)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

\_\_\_\_\_. **Trabalho em equipe**. In: LIMA, J. C. F.; PEREIRA, I. B. (Org.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 419-426.

\_\_\_\_\_. **Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho**. In: BARROS MEB, MATTOS RA, Pinheiro R. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2007. p. 161-177.

PEREIRA, A. L.; BACHION, M. M. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 491-498, dez. 2006.

PEREIRA, R.C.A. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

PERRACINI, M.; NAJAS, M.; BILTON, T. Conceitos e princípios em reabilitação gerontológica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2001.

PERRENOULD, P. A noção de competência. In: \_\_\_\_\_. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. p. 19-33.

PINHEIRO, L.V.R. Configurações disciplinares e interdisciplinares da ciência da informação no ensino e pesquisa no Brasil. In: BORGES, M. M.; CASADO, E. S. (Org.). **A Ciência da informação criadora de conhecimento**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2009. p. 99-111.

PIZZI, J. A ética discursiva em três mil palavras. **Revista Filosofazer**, Passo Fundo, v. 14, n. 26, p. 93-101, 2005.

PIZZI, J. Ética e éticas aplicadas. **Filosofia Unisinos**, São Leopoldo, v. 5, n. 9, p. 189-208, 2004.

POMBO, O. Interdisciplinaridade e integração dos saberes. **Liinc em Revista**, v.1, n.1, p.3-15, 2005. Disponível em: <<http://www.ibict.br/liinc>>. Acesso em: 19 jun. 2013.

RABELLO, L. S. Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p.228.

RELATÓRIO da OMS sobre determinantes sociais da saúde. Disponível Em: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/OMSdeterminantessociaisdasaude.aspx>. Acesso em: 27 de dez 2013.

RICCI, N. A.; BELLINI, A.C.; BORGES, S.M.; NAKANO, M.M.; CEOLIM, M.F. Interdisciplinaridade na gerontologia: uma revisão da literatura. **Revista Kairós**, São Paulo, v.9, n.2, p.19-37, dez. 2006.

RODRIGUES, M.A.S. A importância da comunicação para a implementação da política nacional de humanização no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Revista Organicom**, v. 9, n. 16-17, p. 144, 2012.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ P.; CASTIELLO T.S. Política. La residencia: concepto, destinatarios y objetivos generales. In: SEGG. Gerontologia conductual: bases para La intervencion y âmbitos de aplicación. Barcelona: Editorial Síntesis, 1999.

SABBATINI, R. Cobaías humanas e experimentação científica. Jornal Correio Popular, Campinas, 2 de jul. 1999. Disponível em: <<http://www.sabbatini.com/renato/correio/medicina/cp990702.htm>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n.1, p. 83-89, jan./fev. 2007

SARACEVIC, Tefko. Information science: origen, evolution and relations. In: VAKKARI, P., CRONIN, B. (Ed). **Conceptions of Library and Information Science**. Proceedings of the International Conference for the celebration of 20th anniversary of the Department of Information Studies, University of Tampere, Finland, 26-28, 1991. London, Los Angeles: Taylor Graham, 1992. p. 5-27.

SARACEVIC, Tefko. Relevance: a review of the literature and a framework for thinking on the notion in information science: part II - nature and manifestations of relevance. **Journal of the American Society for Information Science and Technology**, v. 58, p. 1915-1933, 2007.

SARACEVIC, Tefko. **The concept of "relevance" in Information Science: a historical review**. Introduction to Information Science. New York, NY : Bowker, 1970, p. 111-151.

SCHERER, E. A.; CAMPOS, M. A. O trabalho de equipe interdisciplinar em saúde mental: uma revisão da literatura. **Estudos em Saúde Mental**. p. 264-85. 1987.

SIBBALD, S.L.; WATHEN, C. N.; KOTHARI, A.; DAY, A. M. B. Knowledge flow and exchange in interdisciplinary primary health care teams (PHCTs): an exploratory study. Journal of the Medical Library Association : JMLA, v.101, n.2, p.128-37, abr. 2013.

SILVESTRE, J. A.; NETO, M. M. C. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, jun.2003.

SIMÕES, A. L. A.; FÁVERO, N. O desafio da liderança para o enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 567-573, set./out. 2003.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção da saúde conceitos princípios e operacionalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.7, n.12, p.101-22, fev. 2003

SHANNON, C. E.; WEAVER, W. **The mathematical theory of communication**. Urbana: University of Illinois Press, 1949.

SHINKAI, R. S. A.; CURY, A. A. D. B. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para atenção ao idoso. **Caderno de Saúde Pública**, v. 16, n.4, p. 1099-1109, out./dez., 2000.

TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, **Atlas**, 1990.

TORRES, S. J. **Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Amer. Enferm.** v. 11, n. 4, p. 525-531, jul./ago. 2003.

VIZEU, F. Ação comunicativa, estudos organizacionais. **Revista de Administração de Empresas**. v. 45, n.4, p. 10-21, 2005.

\_\_\_\_\_. Racionalidade administrativa e distorção comunicativa em organizações contemporâneas. In: 33 ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PESQUISA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO.2009, São Paulo: **Anais do XXXIII EnANPAD**, São Paulo, 2009.

ZEGARRA, S. L. V. **Diretrizes para a elaboração de um modelo de gestão de fluxos de informações como suporte à logística em empresas construtoras de edifícios**. 2000. 214 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Construção Civil). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

WERSIG, G. Information science: The study of postmodern knowledge usage. **Information Processing & Management**, v.29, n.2, 1993.

WILSON, T. D. Human information behavior. **Informing Science**, v. 3, n. 2, p. 49-53, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Discussion document on the concept and principles**. In: \_\_\_\_\_. Health promotion: concepts and principles, a selection of papers presented at Working Group on Concepts and Principles. Copenhagen: Regional Office for Europe, 1984. p.20-23.

## APÊNDICE A - PROTOCOLO DE PESQUISA

### 1. Formulação Pergunta

#### 1.1 – Foco da pergunta

Problema:

Durante a reunião são realizadas registros dos acordos realizados, porém as informações não são categorizadas, além de não ocorrer consultas de registros anteriores durante o debate e realização da reunião. As informações são trazidas pelos membros da equipe sem ocorrer um acordo anterior, (em algumas reuniões se decide o tema da próxima reunião). Não existe separação da natureza das questões levantadas, podem envolver informações de caráter clínico ou administrativo.

Em alguns casos a existem diálogos e troca de informações que são trazidas para reunião após algumas ações já terem sido implementadas, e são apenas comentadas na reunião, talvez esta informação fique registrada no prontuário do paciente nas clínicas envolvidas no caso e não em um prontuário único.

Os registros das informações são feitos em um livro, isso impede a consulta por mais membros ao mesmo tempo, além de impedir o acesso de outras formas e lugares.

**O fluxo das informações**, produzidas através do diálogo e **interações** entre os profissionais de saúde em um trabalho **interdisciplinar**, não ocorre de forma linear, ou seja, não alcança todos os membros da **equipe**, além de ocorrer perda de informações por falta de registro e dificuldade de acesso.

**Pergunta:** “Quais são os tipos de **fluxo da informação** que existem na **interação** do trabalho **interdisciplinar** em **equipes** de profissionais na saúde e de que forma interferem no cuidado?”

Para realizar a busca dos termos destacados na pergunta que fundamenta a pesquisa, serão utilizados a pesquisa booleana com os seguintes termos:

Palavras-chave e sinônimos:

- a) Fluxo de informação // processos // procedimentos
- b) Interação // comunicação
- c) Equipes // grupos //
- d) Interdisciplinaridade // multidisciplinaridade

**População:** Equipes de profissionais de saúde que realizam um trabalho interdisciplinar no cuidado em saúde.

## **2. Seleção de Fontes**

### **2.1 - Definição de critérios de seleção de fontes**

Consulta de artigos na web, nas bases de dados selecionadas, utilizando mecanismos de busca usando palavras-chave.

### **2.2 Idioma**

Português // Inglês

### **2.3 Identificação de fontes**

#### **- Métodos de busca de fontes:**

A estratégia de busca dos estudos está dividida em duas partes: a primeira corresponde à estratégia de busca otimizada de estudos aleatorizados e a segunda parte corresponde à estratégia para encontrar estudos para a situação estudada. A sintaxe foi adaptada para cada base de dados consultada.

- Expressão de Busca: Para tal são montadas estratégias de buscas usando palavras-chave, tesouros e vocabulários controlados e estabelecendo as mais diversas combinações sofisticadas com os termos:

(Fluxo de informação OR workflow OR trâmite) AND (Interação OR comunicação) OR diálogo OR discurso) AND (Equipes OR grupos ) AND (Intersdisciplinaridade) AND (Informação em saúde OR dados clínicos OR informação)

2.31.- **Listagem de fontes:** BIREME, PubMed e LISTA 2008 a 2013.

### **2.4 - Seleção de fontes a partir de critérios definidos**

A especificidade do tema da pesquisa definiu a escolha das bases de dados.

### **2.5 – Checagem das referências**

Verificar se as expressões de busca resultaram em estudos com relação com a pesquisa.

### **3. Seleção de Estudos**

#### **3.1 - Definição da Seleção:**

- Seleção dos critérios de inclusão e exclusão: Os estudos devem apresentar conceitos relacionados aos termos (fluxo da informação, interação, equipes, interdisciplinaridade) e o cruzamento destes termos e suas correlações. Esta pesquisa não vai selecionar estudos fora da área da saúde.
- Tipos de estudo: artigos relacionados ao tema da pesquisa serão selecionados.
- Procedimentos de seleção de estudos

A estratégia irá buscar obter exaustividade na pesquisa em todas as bases de dados, utilizando as palavras-chave e combinação das mesmas. Porém se houver grande discrepância nos resultados obtidos, devido a simples mudança de um campo ou palavra, adotaremos estratégias de busca específicas para cada base de dados, no intuito de aproveitar todos os resultados obtidos em cada tentativa, posteriormente estes resultados serão mesclados, e retirados os duplicados. Para selecionar um conjunto inicial de estudos, o resumo de todos os estudos obtidos a partir dos resultados busca da web será lido e avaliado de acordo com critérios de inclusão e exclusão. Para aperfeiçoar este conjunto de estudos, o seu texto integral será lido.

#### **3.2 Execução da seleção**

- Realizar a busca nas bases de dados, utilizando os termos definidos.
- Avaliação da qualidade dos estudos, pertinência com o tema da pesquisa.
- Revisão da Seleção utilização de critérios de relevância.

### **4. Extração de Informação**

Para a extração das informações dos estudos selecionados será utilizado o roteiro abaixo que foi construído a partir da proposta de Pereira (2006).

### **5 Sumarização do resultado**

- 5.1 – Cálculos estatísticos sobre resultados
- 5.2 - Apresentação dos resultados em tabelas
- 5.3 Análise da sensibilidade

Redação final.

## APÊNDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE

### 1 - Categorização das informações da reunião:

a) As informações debatidas são de que tipo:

(    ) clínica    (    ) administrativa

b) Quantos casos foram debatidos? \_\_\_\_\_

c) Deste total quanto são: \_\_\_\_\_ clínicos    \_\_\_\_\_ administrativos

d) Quais os atores envolvidos nos casos:

e) Quais especialidades estão envolvidas nos casos? E qual a incidência?

(    ) enfermagem    (    ) nutrição    (    ) medicina    (    ) terapia ocupacional

(    ) psicologia    (    ) fonoaudiologia    (    ) fisioterapia    (    ) musicoterapia

(    ) assistência de pessoal    (    ) odontologia

### 2 – Fluxo das informações

a) De que forma as informações estão sendo transmitidas:

(    ) papel (prontuário)    (    ) verbal fora reunião    (    ) verbal na reunião

Incidência por caso:

b) Estas informações têm gerado novos procedimentos e/ou alterado procedimentos:

(    ) sim    (    ) não

Quais e quantos procedimentos foram alterados? \_\_\_\_\_

### 3 – Interação / Comunicação

a) Todos os profissionais têm espaço para apresentar suas indagações durante a reunião?

(    ) sim    (    ) não

Prevalece sempre a opinião do mesmo orador?

b) Como estão distribuídas as falas? Concentram-se em poucas pessoas?

c) Qual (quais) profissional (s) tem maior participação durante a reunião? Ranking

(    ) enfermagem    (    ) nutrição    (    ) medicina    (    ) terapia ocupacional

(    ) psicologia    (    ) fonoaudiologia    (    ) fisioterapia    (    ) musicoterapia

(    ) assistência de pessoal    (    ) odontologia

d) Como ocorre o diálogo entre os participantes:

- Qual o número de vezes que indagaram e argumentaram em cada caso?
- Em que medida quem indagou procurou discernir interesses mais profundos da fala, ou seja, buscaram trazer a tona crenças, valores mais arraigados, ou seja, as inquietações do orador.

e) As conversações geradas após um “quiebre”: ( conversação de juízos pessoais; conversação para a coordenação de ações; conversação para possíveis ações ou conversações para possíveis conversações) apresentam alguma resolução efetiva?

f) Durante a reunião como o conflito é encarado ou tematizado?

g) Durante os casos apresentados os participantes apresentam capacidade de estabelecer acordos consensuais ou de gerar compromissos de ação através da interação?

h) As comunicações verbais fazem referência a:

- Flexibilização da divisão dos trabalhos
- Trabalhos desiguais entre os membros da equipe
- Autonomia técnica
- Comportamento do Paciente (resistência)
- Relacionamento entre pacientes e familiares (interferência na saúde do paciente)
- Situação de apoio e construção conjunta de atividades (construção do projeto assistencial comum)
- Ações de prevenção da equipe
- Ações quanto a atitude de cuidadores

#### **4 – Interdisciplinaridade**

a) As ações de cuidado em saúde que estão sendo realizadas no atendimento dos casos são ações de cunho interdisciplinar:

( ) sim Quais casos?\_\_\_\_\_ ( ) não por quê?\_\_\_\_\_

b) Qual o grau de envolvimento dos saberes nas ações criadas a partir da interação:

( ) não houve ( ) leve ( ) moderada ( ) profunda ( ) simbiose

c) As abordagens realizadas são de cunho interdisciplinar, as soluções definidas trazem ações efetivas que caracterizem a

c) As ações definidas envolvem quais especialidades? Qual a incidência?

R:\_\_\_\_\_

a) Existe valoração igual entre os membros, quantas ações conjuntas?

R:\_\_\_\_\_

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO

Prezado,

Este questionário tem por finalidade subsidiar a pesquisa de dissertação de mestrado “Fluxo da Informação e Interdisciplinaridade em Equipes Profissionais na Saúde” desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, convênio Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia - IBICT e UFRJ. Seus dados subsidiarão a análise do fluxo da informação na reunião da equipe interdisciplinar, que realiza atendimento na Casa Gerontológica da Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes, CGABEG, a partir das fontes de informação utilizadas durante este processo. Vale salientar, que ao responder o presente questionário, você estará concordando com sua participação nesta pesquisa. Esclarecemos que os dados serão tratados de forma confidencial, uma vez que os respondentes não serão identificados e que a pesquisa assume os compromissos éticos de reunir e tratar os dados de forma fidedigna, divulgando os resultados somente para os fins propostos nos objetivos da pesquisa. Esta pesquisa foi autorizada pela Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da CGABEG através do Parecer n. /2014 em XX de janeiro deste ano e conta com o apoio da Direção da CGABEG. Certos de contarmos com seu apoio agradecemos a atenção dispensada e informamos que estamos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Rodrigo A. Dias da Silva

Mestrando em Ciência da Informação/IBICT/UFRJ

email: [rodrigoadias@yahoo.com.br](mailto:rodrigoadias@yahoo.com.br)

Prof. Dr. Jorge Biolchini

Professor do IBICT/UFRJ Orientador da pesquisa

email: [jorge.biolchini@gmail.com](mailto:jorge.biolchini@gmail.com)

---

(Este canhoto será destacado pelo pesquisador após o questionário ser respondido, a fim de garantir o sigilo das informações e comprovar a concordância do pesquisado) Nome:

---

[ ] Concordo em participar da pesquisa de dissertação de mestrado “Fluxo da Informação e Interdisciplinaridade em Equipes Profissionais na Saúde” desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação IBICT/UFRJ.

Assinatura \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO

**PESQUISA** - Fluxo da informação e interdisciplinaridade em equipes profissionais na Saúde

Programa: PPGCI – IBICT – UFRJ

Autor: Rodrigo Dias

Orientador: Prof.Dr. Jorge Biolchini

### 1- Caracterização do Respondente

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Sexo: ( ) F ( ) M

Profissão / Especialidade:

Data: 11/02/2014

Tempo de serviço CGABEG:

( ) até 1 ano; ( ) 1 a 2 anos; ( ) 3 a 4 anos; ( ) acima de 5 anos

Tempo de trabalho na equipe ala 500/600:

( ) até 1 ano; ( ) 1 a 2 anos; ( ) 3 a 4 anos; ( ) acima de 5 anos

Formação básica ou complementar:

( ) Graduação ( ) Especialização/Residência ( ) Pós-Graduação ( ) Outros:

#### 1ª Parte – Seleção de casos.

1 – Quais as questões que motivam a apresentação de casos na reunião. Assinale SOMENTE A OPÇÃO que indica a situação mais frequente.

( ) Relacionamento com paciente ( ) Tratamento

( ) Diagnóstico ( ) Retorno de ações realizadas

( ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_

#### 2ª Parte Debate

2.1 - Como classifica as interações que ocorrem durante a reunião de equipe:

( ) Repasse de informações ( ) Interação de saberes com produção de ações coletivas

( ) Outros. Quais? \_\_\_\_\_

2.2 - Quais os benefícios do fluxo da informação na reunião, enumere por ordem de prioridade na qual 1 é a opção mais importante:

( ) Novos conhecimentos ( ) Responsabilidade compartilhada

( ) Precisão de diagnóstico ( ) Interação com a equipe

( ) Outros. Quais? \_\_\_\_\_

2.3 – Como as relações interpessoais influenciam no debate durante a reunião?

( ) Falta de participação ( ) Poucas ações conjuntas

( ) Desvalorização do conhecimento do outro ( ) Resistência a mudanças

( ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_

Assinale nas questões abaixo conforme a frequência:

A = nunca, B = raramente, C = algumas vezes, D = muitas vezes, e E = sempre

|     |                                                                                                          | A | B | C | D | E |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 2.4 | Os conflitos e as divergências são resolvidos durante a reunião?                                         |   |   |   |   |   |
| 2.5 | Estes conflitos atrapalham a dinâmica da reunião?                                                        |   |   |   |   |   |
| 2.6 | Qual a frequência com que as opções abaixo representam dificuldades para fluxo da informação na reunião: |   |   |   |   |   |
|     | Tempo                                                                                                    |   |   |   |   |   |
|     | Relações Interpessoais                                                                                   |   |   |   |   |   |
|     | Sobrecarga administrativa                                                                                |   |   |   |   |   |
|     | Ausência ou deficiência de fontes de informação pertinentes (prontuários, exames, registro de ações)     |   |   |   |   |   |
|     | Outros fatores: Quais?                                                                                   |   |   |   |   |   |

### 3ª Parte - Assimilação e uso das informações

A = nunca, B = raramente, C = algumas vezes, D = muitas vezes, e E = sempre

|     |                                                                                 | A | B | C | D | E |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 3.1 | As informações debatidas na reunião auxiliam na sua tomada de decisão           |   |   |   |   |   |
| 3.2 | As informações debatidas na reunião colaboram na melhora do atendimento         |   |   |   |   |   |
| 3.3 | As ações definidas na reunião ajudam a sanar dúvidas de questões clínicas       |   |   |   |   |   |
| 3.4 | Ações definidas na reunião promovem integração de especialidades no atendimento |   |   |   |   |   |

### 4ª Parte - Compartilhamento de informações

A = nunca, B = raramente, C = algumas vezes, D = muitas vezes, e E = sempre

|     |                                      | A | B | C | D | E |
|-----|--------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 4.1 | Você compartilha suas decisões?      |   |   |   |   |   |
| 4.2 | Com que frequência você compartilha: |   |   |   |   |   |
|     | Reunião de equipe                    |   |   |   |   |   |
|     | Prontuário                           |   |   |   |   |   |
|     | Diálogo / Informal                   |   |   |   |   |   |

4.3 - Com que frequência você fornece retorno das ações solicitadas pela equipe?

( ) nunca ( ) raramente ( ) algumas vezes ( ) muitas vezes ( ) sempre

A = nunca, B = raramente, C = algumas vezes, D = muitas vezes, e E = sempre

|     |                                                                | A | B | C | D | E |
|-----|----------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 4.4 | Como compartilha novos conhecimentos com os membros da equipe? |   |   |   |   |   |
|     | Diálogo informal                                               |   |   |   |   |   |
|     | Reunião                                                        |   |   |   |   |   |
|     | Registro formal                                                |   |   |   |   |   |
|     | Através da Chefia                                              |   |   |   |   |   |
|     | Outros                                                         |   |   |   |   |   |

4.5 - Enumere a frequência de interação, a especialidade com que você tem maior interação, na qual 1 é a primeira opção:

( ) Medicina ( ) Psicologia ( ) Musicoterapia ( ) Nutrição ( ) Enfermagem  
( ) Serviço Social

### 5ª Parte - Registro

A = nunca, B = raramente, C = algumas vezes, D = muitas vezes, e E = sempre

|     |                                                                                     | A | B | C | D | E |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 5.1 | Todas as decisões acordadas na reunião são registradas?                             |   |   |   |   |   |
| 5.2 | Este registro é único?                                                              |   |   |   |   |   |
| 5.3 | As práticas das ações decididas em reunião são registradas?                         |   |   |   |   |   |
| 5.4 | Estas informações são registradas por todas as especialidades em um único registro? |   |   |   |   |   |

5.5 - Qual o grau de influência do registro nas práticas, procedimentos e decisões clínicas?

( ) muito importante ( ) importante ( ) pouco importante  
( ) sem importância

5.6 - Existe algum registro que disponibilize as dificuldades, as tentativas que fracassaram e os resultados positivos das decisões pactuadas nas reuniões de equipe?

( ) Sim ( ) Não

Em caso de sim, qual (quais)? E onde pode(m) ser acessado(s)?

R. \_\_\_\_\_

—

### 6ª Parte - Busca de informações

6.1 - No atendimento aos pacientes suas questões clínicas estão mais direcionadas para qual das situações abaixo. Assinale SOMENTE A OPÇÃO que indica a situação mais frequente.

( ) diagnóstico ( ) tratamento ( ) epidemiologia ( ) prevenção ( ) psicossocial  
( ) outro. Qual? \_\_\_\_\_

6.2 – De acordo com a questão 6.1 indique qual a frequência utilizada na busca de informação para resolver questões clínicas. Assinale SOMENTE A OPÇÃO que você, normalmente, mais utiliza:

( ) uma vez por semana ( ) duas ou três vezes por semana  
( ) menos de uma vez por semana ( ) todos os dias ( ) quase todos os dias  
( ) outra frequência. Indique \_\_\_\_\_

6.3 – De acordo com a questão 6.2, ao se deparar com dificuldades para encontrar informações para resolução da questão clínica, quem você procura? Enumere por ordem de prioridade na qual 1 é a opção mais importante:

( ) colegas (pares) ( ) preceptores ( ) profissionais da instituição ( ) profissionais externos a instituição

( ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_

6.4 - Você pesquisa informações em registros de resoluções de reuniões anteriores?

( ) nunca ( ) raramente ( ) algumas vezes ( ) muitas vezes ( ) sempre

Em geral o que motiva esta pesquisa?

R: \_\_\_\_\_

**7ª Parte – Processo de Trabalho**

.1 - O que você entende por trabalho interdisciplinar?

7.2 Para você, o que é necessário para execução satisfatória do trabalho interdisciplinar?

7.3 Em uma escala de 0 a 10 como você avalia o fluxo de informações na reunião de equipe? (sendo 10 quando o diálogos e as interações promovem um fluxo de informações que conseguem alterar o conhecimento dos participantes e contribuir para tomada de decisão na prática clínica. E 0 quando o fluxo é insuficiente, onde as informações transmitidas não resultam em nenhuma resolução de caso e não se consiga retirar dúvidas de procedimentos).

7.3.1 - E quais as sugestões de melhoria?