

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL
UFSC/UCS/UNIVATES/FEEVALE**

CELINE ELMAN

**REFLEXÕES DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
QUE DESENVOLVE REABILITAÇÃO PULMONAR
ACERCA DE SEU PROCESSO DE TRABALHO**

**FLORIANÓPOLIS
2005**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CELINE ELMAN

**REFLEXÕES DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
QUE DESENVOLVE REABILITAÇÃO PULMONAR
ACERCA DE SEU PROCESSO DE TRABALHO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Denise Pires

**FLORIANÓPOLIS
2005**

© *Copyright* 2005 – Celine Elman.

Ficha Catalográfica

E48r Elman, Celine
Reflexões de uma equipe multiprofissional que desenvolve reabilitação pulmonar
acerca de seu processo de trabalho / Celine Elman. – Florianópolis: UFSC/PEN,
2005.
87p. il.
Inclui bibliografia.
1. Trabalho. 2. Saúde. 3. Equipe Multiprofissional. 4. Reabilitação Pulmonar. 5.
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. I. Título.

CDU – 616.24

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

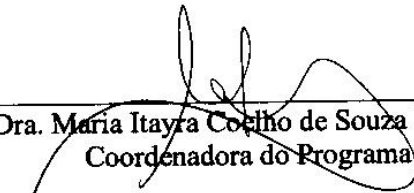
CELINE ELMAN

**REFLEXÕES DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUE
DESENVOLVE REABILITAÇÃO PULMONAR ACERCA DE SEU
PROCESSO DE TRABALHO**

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca examinadora para a obtenção do título de:


MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 21 de dezembro de 2005, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.




Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora do Programa

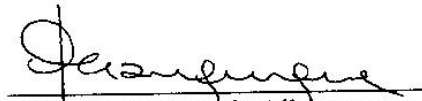
Banca Examinadora:



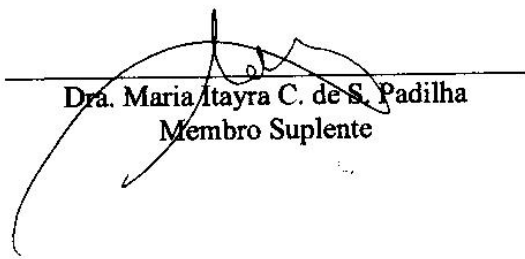
Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Presidente



Dra. Nilva Lúcia Rech Stédile
Membro



Dr. Gelson Luiz de Albuquerque
Membro



Dra. Maria Itayra C. de S. Padilha
Membro Suplente

*As coisas só têm seu valor, quando são feitas com amor.
O teu companheirismo, a tua cumplicidade e a tua determinação
ajudaram a construir esta dissertação.*

*Tu, mais do que ninguém, mereces esta dedicatória,
meu verdadeiro amor, meu poeta e meu futuro marido,
Fábio Casagrande Machado!*

*“... confesso-te: somente em **teus** beijos tenho vida...”*

*“... quero ser a falta de juízo das **tuas** fantasias”*

Celine Elman

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais, *José e Hilda Elman*, que, além de trazerem ao mundo, me ensinaram a essência da vida: colocar uma pequena poção de amor em tudo que faço.

Agradeço às minhas três irmãzinhas queridas, *Leila, Cíntia e Débora* e suas respectivas famílias pela força e estímulo para chegar até aqui.

Agradeço à minha amiga e sogra querida, *Teca*, que sempre me apoiou, quando tudo parecia perdido... e também pelas comidinhas feitas com ingredientes de amor e carinho. E, é claro, por ter dado a vida ao meu grande AMOR.

À minha orientadora, *Denise Pires*, que sempre me apoiou, compreendeu e guiou o meu caminho, iluminando muitas das idéias aqui presentes, principalmente nos momentos de preocupação... MUITO OBRIGADA!

Agradeço a *todos os meus colegas*, em especial, à minha amiga e companheira, *Julie Marenzi*: “*amigo é aquele que, a cada vez nos faz entrever a meta e que percorre conosco um trecho do caminho*” (F. Alberoni).

Agradeço à *Universidade de Caxias do Sul*, especialmente nas pessoas de *Suzete Marchetto Claus* e *Nilva Rech Stédile*, minha “madrinha”, por ter aberto a porta para que eu buscasse a minha qualificação profissional.

Agradeço aos *funcionários e professoras* do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina pelos ensinamentos.

Agradeço a todos os *profissionais de saúde* do Instituto de Medicina do Esporte, com destaque ao Dr. *Dagoberto Godoy* e *Rossane Godoy* pelo exemplo de ética profissional.

Agradeço a *todas as pessoas* que, de alguma forma, contribuíram para que este momento se tornasse realidade!

ELMAN, Celine. **Reflexões de uma equipe multiprofissional que desenvolve reabilitação pulmonar acerca de seu processo de trabalho**, 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 87p.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a visão de uma equipe multiprofissional, que desenvolve reabilitação pulmonar de pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica acerca de seu processo de trabalho, especialmente sobre a percepção de seus integrantes a respeito de seus papéis na equipe, da interdisciplinaridade, da construção de um trabalho coletivo e das suas relações com o sujeito que recebe a assistência. Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, baseada no materialismo dialético de Karl Marx (1985) e na teoria sócio-humanista de Capella (1998). A metodologia deste trabalho foi dividida em três momentos: o primeiro e o terceiro referem-se ao desenvolvimento do processo reflexivo coletivo realizado com os membros de uma equipe multiprofissional que reabilita pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, aos quais compareceram, respectivamente, 100 e 62,5% dos profissionais da equipe. O segundo momento refere-se às entrevistas individuais feitas com todos os oito profissionais da equipe. As práticas reflexivas, desenvolvidas segundo os princípios teórico-metodológicos da “pedagogia problematizadora” de Paulo Freire (1987), focalizaram as relações interpessoais da equipe, os papéis dos diversos profissionais na equipe, a importância do trabalho coletivo e da interdisciplinaridade e a visão dos seus integrantes sobre os indivíduos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Nas entrevistas, emergiram dados referentes ao objeto, à finalidade e ao produto do trabalho da equipe multiprofissional; às condições de trabalho, ao planejamento da assistência; às dificuldades e facilidades do trabalho em equipe; à valorização e à desvalorização profissionais. Para discussão e análise dos dados, foram relacionados conceitos e pressupostos da teoria sócio-humanista de Capella e de outros estudiosos que pesquisam sobre processo de trabalho com base no materialismo histórico-dialético, além de conceitos escolhidos sobre interdisciplinaridade, para analisar as seguintes categorias: “O Trabalho na Equipe Multiprofissional que Cuida de Sujeitos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica”, “O Objeto de Trabalho e o Produto da Prática da Equipe”, “Satisfação no Trabalho”, “A Visão da Equipe sobre Interdisciplinaridade” e “Condições de Trabalho: Ambiente Físico, Equipamentos e Salário”. Os resultados mostram que a liderança da equipe é exercida por coordenação, sem hegemonia médica; que a equipe se identifica com as necessidades dos sujeitos cuidados; que os seus integrantes têm a percepção do que seja trabalho coletivo, buscando resgatar as inter-relações pessoais, em prol da coesão interna da equipe; que há satisfação no trabalho; que, apesar de se caracterizar, ainda, como uma “equipe-agrupamento”, caminha para se tornar uma “equipe-integração”.

Palavras-chave: Trabalho; Saúde; Equipe Multiprofissional; Interdisciplinaridade; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

ELMAN, Celine. **Reflections of a multi professional staff who develops pulmonary rehabilitation concerning its working process**, 2005. Dissertation (Master in Nursery) – Post-graduation in Nursery, Federal University of Santa Catarina. 87p.

ABSTRACT

This study has the purpose to analyze the view of a multi professional staff that develops pulmonary rehabilitation in people with pulmonary obstructive chronic disease concerning its working process, especially about the perception of the members regarding their functions in the staff, of interdisciplinarity, construction of a collective work and their relation with the person who receives the assistance. It is an exploratory research, with qualitative approach based on the dialectical materialism of Karl Marx (1985) and in the social-humanist theory of Capella (1998). The methodology of this study was divided in three moments: the first and the third refer to the development of the collective reflexive process realized with the members of a multi professional staff that rehabilitates people with pulmonary obstructive chronic disease, where showed up, respectively, 100 and 62,5% of the professionals of the staff. The second moment refers to the individuals' interviews with all the eight professionals of the staff. The reflexives practices, developed according the theoretical-methodological principles of the "problematic pedagogy" of Paulo Freire (1987), focused the interpersonal relations of the staff, the functions of diverse professionals in the staff, the importance of a collective work and the interdisciplinarity and the view of its members about the people with Pulmonary Obstructive Chronic Disease. In the interviews, emerged data referring to the object, the purpose and to the product of the work of the multi professional staff; the working conditions, the planning of assistance, the difficulties and facilities of the staff to the valuation and devaluation of professionals. To discussion and analysis of the data, were related concepts and presuppositions of the social-humanist theory of Capella and of other studios that research about the working process with basis on historical-dialectical materialism, besides the concepts chosen about interdisciplinarity, to analyze the following categories: "The work in the multi professional staff who takes care of people with pulmonary obstructive chronic disease", "the object of work and the product of the staff practice", "the satisfaction in the work", "the view of the staff about interdisciplinarity" and "the working conditions: physical atmosphere, equipments and salary". The results show that the leadership of the staff is performed by coordination, without medical hegemony, that the staff identifies itself with the needs of the people taken care of, that the members have the perception about what is a collective work, trying to regard the personal cohesion of the staff, that has satisfaction in work, although its characteristic is still as a "grouped together staff", walks to be an "integration-staff".

Key-words: Work; Health; Multi Professional Staff; Interdisciplinarity; Pulmonary Obstructive Chronic Disease.

ELMAN, Celine. **Reflexiones de un equipo multiprofesional que desarrolla rehabilitación pulmonar a cerca de su proceso de trabajo**, 2005. Disertación (Máster en Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 87p.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar la visión de un equipo multiprofesional, que desarrolla rehabilitación pulmonar de personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica acerca de su proceso de trabajo, en especial sobre la percepción de sus integrantes a respecto sus papeles en equipo, de la interdisciplinariedad, de la construcción de un trabajo colectivo y de sus relaciones con el sujeto que recibe la asistencia. Se trata de una investigación exploratoria, con enfoque cualitativo, basada en el materialismo dialéctico de Karl Marz (1985) y en la teoría socio humanista de Capella (1998). La metodología de este trabajo fue dividida en tres momentos: el primero y tercero se refieren al desarrollo del proceso reflexivo colectivo realizado con los miembros de un equipo multiprofesional que rehabilita personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, los cuales comparecieron, respectivamente, 100 y 62,5% de los profesionales del equipo. El segundo momento, se refiere a las entrevistas individuales hechas con todos los ocho profesionales del equipo. Las prácticas reflexivas desarrolladas según los principios teóricos metodológicos de la “pedagogía de la problemática” de Paulo Freire (1987), enfocaron las relaciones Interpersonales del equipo, los papeles de los diversos profesionales en el equipo, la importancia del trabajo colectivo y de la interdisciplinariedad y la visión de sus integrantes sobre los individuos con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. En las entrevistas emergieron datos referentes al objeto, a la finalidad y al producto del trabajo del equipo multiprofesional; a las condiciones del trabajo, a la planificación de la asistencia: a las dificultades y facilidades del trabajo en equipo; a la valoración y a la desvaloración profesionales. Para discusión y análisis de los datos, fueron relacionados conceptos y presupuestos de la teoría socio humanista de Capella y de otros estudiosos que investigan sobre el proceso de trabajo fundamentado en el materialismo histórico dialéctico, además de conceptos elegidos sobre interdisciplinariedad para analizar las siguientes categorías: “El Trabajo en el Equipo Multiprofesional que Cuida de Sujetos con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica”, “El Objeto del trabajo y el Producto de la Práctica del Equipo”, “satisfacción en el Trabajo”, “La Visión del Equipo sobre Interdisciplinariedad” y “Condiciones de Trabajo: Ambiente Físico, Materiales y Sueldo”. Los resultados muestran que el liderazgo del equipo es ejercita por coordinación, sin hegemonía médica; que el equipo se identifica con las necesidades de los sujetos cuidados; que los integrantes tienen la percepción de lo que sea trabajo colectivo, buscando rescatar las interrelaciones personales, a favor de la cohesión interna del equipo; que hay satisfacción en el trabajo; que, no obstante se caracterizar, todavía, como un “equipo agrupado”, camina para se tornar un “equipo integrado”.

Palabras Clave: Trabajo; Salud; Equipo Multiprofesional; Interdisciplinariedad; Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

SIGLAS

DATASUS – Departamento de Informação e Informática do SUS

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

IME – Instituto de Medicina do Esporte

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo geral.....	15
2.2 Objetivos específicos.....	15
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).....	16
3.1.1 Conceito.....	16
3.1.2 Prevalência.....	17
3.1.3 Reabilitação Pulmonar.....	18
3.2 Equipe multiprofissional e interdisciplinaridade na saúde	20
4 REFERENCIAL TEÓRICO	27
4.1 O processo de trabalho em saúde.....	28
4.2 Pressupostos	35
5 METODOLOGIA.....	39
5.1 Tipo de estudo	39
5.2 Cenário do estudo	40
5.3 Sujeitos.....	41
5.4 Coleta de dados	41
5.4.1 A abordagem teórico-metodológica que orientou o processo de coleta de dados	41
5.4.2 Os Instrumentos de Coleta de Dados.....	43
5.5 Análise dos dados.....	46
5.6 Aspectos éticos.....	48
6 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	49
6.1 O trabalho na Equipe Multiprofissional que cuida de sujeitos com doença pulmonar obstrutiva crônica	49
6.1.1 Os Papéis dos Diferentes Profissionais	49
6.1.2 Equipe e o Papel da Liderança	54
6.1.3 A Percepção da Importância do Trabalho em Equipe	55
6.1.4 A Necessidade de Não Perder a Coesão Original	57
6.2 O objeto de trabalho e o produto da prática da equipe	59
6.2.1 O Objeto e o Produto do Trabalho da Equipe	59
6.2.2 A Identidade com as “Necessidades e Sentimentos” do Sujeito Cuidado.....	60
6.3 Satisfação no trabalho	64
6.4 A visão da equipe sobre interdisciplinaridade	65
6.5 Condições de trabalho: ambiente físico, equipamentos e salário.....	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICES	80
ANEXO.....	87

INTRODUÇÃO

O interesse em realizar este estudo teve origem na minha trajetória profissional e na atuação como fisioterapeuta junto a uma equipe multiprofissional que realiza reabilitação pulmonar em sujeitos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) num Instituto de Medicina do Esporte (IME). No entanto, a inquietação que motivou esta pesquisa vem sendo gerada há alguns anos e teve como ponto de partida a experiência adquirida desde a época em que trabalhei na assistência de indivíduos com doenças pulmonares infantis e adultas no Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre, durante as atividades de estágio curricular e extracurricular, ainda na faculdade. Após a minha graduação em fisioterapia, continuei prestando atendimento a sujeitos com patologias pulmonares, até iniciar a carreira docente universitária. Atualmente, ministro disciplinas no Curso de Fisioterapia e ocupo cargo de coordenadora da Clínica de Fisioterapia, além de participar de atividades em um Instituto de Medicina do Esporte.

Ao longo deste processo de formação e de prática profissional, as minhas preocupações não se referiam apenas ao trabalho do fisioterapeuta. Inquietava-me a resolutividade dos cuidados de saúde prestados pelos fisioterapeutas e por equipes multiprofissionais em saúde; a relação dos profissionais de saúde com os sujeitos que recebem esta assistência; os papéis e as inter-relações estabelecidas entre os diversos profissionais no âmbito do trabalho coletivo em saúde.

Por ocasião do meu ingresso no Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC, na área de Filosofia, Saúde e Sociedade, e, especialmente ao atender a demanda da disciplina “Projetos Assistenciais em Saúde e Enfermagem”, a qual prevê a elaboração de um projeto assistencial, a sua implementação e avaliação crítica dos resultados, vislumbrei a oportunidade de construir um projeto de investigação que respondesse, ao menos em parte, os questionamentos emergentes da minha vida profissional.

Foi a observação da prática dos profissionais de saúde em equipes multiprofis-

sionais nos diversos campos de atuação e, em especial, na reabilitação de pessoas com alguma carência de saúde, sejam elas relacionadas a problemas pulmonares, cardíacos, músculo-esqueléticos e outros, que me motivou a definir o “processo de trabalho em saúde” como temática de investigação. A construção do problema de pesquisa avançou com a revisão da literatura, que apontava a importância do trabalho em equipe multiprofissional no atendimento aos indivíduos com DPOC, mas também mostrava claramente a escassez de debates sobre a complexidade e dinâmica deste trabalho, sobre o papel dos diversos profissionais na equipe, as vantagens e limites do trabalho multiprofissional em um cenário de debate sobre interdisciplinaridade.

Durante o trabalho desenvolvido na Disciplina “Projetos Assistenciais em Saúde e Enfermagem” do Curso de Mestrado, utilizei como referencial teórico-metodológico as formulações sobre processo de trabalho em saúde, com base no materialismo histórico-dialético, com destaque para a Teoria Sócio-Humanista de Beatriz Beduschi Capella (1998) e a Pedagogia Problematizadora de Paulo Freire (1987). A minha aproximação e identidade com este referencial, assim como a constatação da sua utilidade, motivou-me a resgatá-lo para orientar a definição do problema de pesquisa deste estudo e para sustentar a análise dos dados obtidos. O referencial metodológico de Paulo Freire foi escolhido, porque é um instrumental que orienta um processo pedagógico libertador, o qual estimula uma reflexão crítica da realidade e ações transformadoras, ao mesmo tempo em que se constitui num caminho de investigação.

Minha preocupação era desenvolver um estudo que contribuísse para a reorientação da práxis em saúde, a fim de atender às necessidades tanto do sujeito trabalhador (profissional da saúde) quanto do usuário do serviço de saúde, a fim de que fosse possível melhorar a qualidade da assistência aos sujeitos com DPOC.

Considerando-se esta realidade, o meu questionamento básico diz respeito ao que pensam os profissionais de saúde envolvidos no tratamento de sujeitos com DPOC sobre o seu processo de trabalho e como os diversos olhares profissionais podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos com DPOC. Assim, para esta dissertação, formulei a seguinte pergunta de pesquisa: **qual é o entendimento que os profissionais de saúde que compõem uma equipe multiprofissional, que realiza**

reabilitação pulmonar, têm acerca de seu processo de trabalho e sobre a interdisciplinaridade?

Os resultados de uma investigação deste tipo constituem-se em uma contribuição para a teorização sobre processo de trabalho em saúde. Além disso, ao usarmos a abordagem crítico-reflexiva para apreender a percepção dos sujeitos envolvidos no processo, foram gerados, durante a própria investigação, alguns desvelamentos críticos, no sentido proposto por Freire (1987), propiciando certas transformações na consciência do grupo sobre suas fortalezas e fragilidades, podendo influenciar mudanças futuras (como, por exemplo, ajustes ou reorganização do trabalho desenvolvido).

Durante o processo de investigação sobre o entendimento dos profissionais acerca do seu processo de trabalho, foram realizadas oficinas para reflexões em “Círculos de Cultura”, seguindo a abordagem metodológica de Freire (1987), e entrevistas individuais com os profissionais, abordando questões relativas ao objeto de trabalho, aos papéis desempenhados pelos diversos profissionais no trabalho em equipe, as facilidades e dificuldades encontradas nesse trabalho, o planejamento da assistência e as condições de trabalho. Os dados obtidos foram organizados em categorias analíticas, considerando-se a opinião dos membros de uma equipe multiprofissional que atua em um Instituto de Medicina do Esporte de uma Universidade da região sul do Brasil. A análise foi sustentada pelo referencial teórico explicitado no capítulo quatro, e o capítulo final destaca as principais conclusões do estudo, bem como indica as limitações e possibilidades de novas investigações.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o processo de trabalho de uma equipe multiprofissional, que desenvolve reabilitação pulmonar de pessoas com DPOC, a partir da visão manifestada pelos seus integrantes.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar a visão dos diversos profissionais da saúde sobre objeto e produto do trabalho e sobre facilidades e dificuldades de se trabalhar em equipe.

- Identificar a percepção da equipe acerca dos papéis desempenhados pelos diversos profissionais, da interdisciplinaridade e das possibilidades de construção de um trabalho cooperativo e que considere as necessidades dos sujeitos trabalhadores da saúde e dos sujeitos cuidados.

- Investigar como a equipe percebe as suas relações no trabalho em grupo e com os sujeitos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

3.1.1 Conceito

A DPOC engloba uma série de enfermidades que, embora difiram quanto à causa e à anatomia, manifestam em comum uma disfunção caracterizada pela “limitação” ou “obstrução” ao fluxo aéreo. Segundo Palombini (1991, p. 316), “essa designação compreende bronquite crônica, bronquiectasias difusas, fibrose cística (mucoviscidose) e síndromes de discinesia ciliar”. A bronquite crônica e o enfisema pulmonar, no entanto, são as enfermidades respiratórias mais freqüentes. Bethlem (1995) observa que, muitas vezes, existe uma coexistência de bronquite e enfisema em um mesmo indivíduo, com predomínio crítico de uma ou de outra.

Conforme Godoy (1996, p. 170): “A asma brônquica deve ser considerada em separado, pois, diferente da bronquite crônica e do enfisema, há a reversibilidade da obstrução ao fluxo aéreo de forma espontânea ou pelo uso de medicação”.

Godoy (2001, p. 1003) ainda diz que: “A DPOC pode ser precipitada ou agravada também por outros fatores, tais como: hiper-reatividade brônquica, infecções na infância e outros irritantes inalados (poluição do ar, gases, fumo passivo)”.

A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2004, p. 30, 31) define a DPOC da seguinte forma:

A DPOC é uma enfermidade respiratória prevenível e tratável, que se caracteriza pela presença de obstrução do fluxo aéreo, que não é totalmente reversível. A obstrução do fluxo aéreo é, geralmente, progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas ou gases tóxicos causada primariamente pelo tabagismo. Embora a DPOC comprometa os pulmões, ela também produz conseqüências sistêmicas significativas.

Destacando, ainda, que:

A tosse é o sintoma diagnóstico mais encontrado, pode ser diária ou intermitente e pode preceder a dispnéia ou aparecer simultaneamente a ela. A tosse produtiva ocorre em aproximadamente 50% dos fumantes e a dispnéia é o principal sintoma associado à incapacidade e à redução da qualidade de vida.

Sobreiro e Tarantino (1997) caracterizam a tosse como de expectoração mucosa ou mucopurulenta, com duração mínima de três meses, por um período de dois anos consecutivos, não sendo, ainda, resultado de outras causas aparentes, como, por exemplo, a tuberculose.

3.1.2 Prevalência

A prevalência da DPOC, nos Estados Unidos, em homens acima de 55 anos, varia de 4 a 6%, em mulheres, entre 1% a 3%. Alguns autores sugerem que, desde 1995 até os dias de hoje, está havendo um crescimento de mulheres com a doença, devido ao aumento de indivíduos tabagistas, conforme cita PneumoAtual (2005). Nesse contexto, Ries (1997) afirma que se deve levar em conta as diferenças existentes com relação ao hábito de fumar entre os dois sexos.

Segundo Karrer (2005), 10% da população masculina dos Estados Unidos é acometida por DPOC e metade desses pacientes tem suas atividades de vida diária limitadas.

Como conseqüência, tem havido também um aumento significativo no número de internações hospitalares e nos gastos em saúde, tanto na assistência pública, quanto na assistência privada.

Segundo o *site* Pneumoatual (2005), a partir de dados extraídos do DATASUS, no ano de 2004, houve 191.681 internações por DPOC em pessoas maiores de 40 anos de idade, o que corresponde à terceira maior causa de internações, com gasto aproximado de R\$ 86.000.000,00 (oitenta e seis milhões de reais).

3.1.3 Reabilitação pulmonar

A reabilitação pulmonar tem sido utilizada como a melhor alternativa para o tratamento de pessoas com alterações respiratórias crônicas – como o sujeito com DPOC – e engloba o estabelecimento do diagnóstico da doença primária, tratamentos farmacológico, nutricional e fisioterapêutico, condicionamento físico, apoio psicossocial e educação para otimizar a autonomia e os desempenhos físico e social. Este tratamento deve ser planejado e desenvolvido de forma interdisciplinar e executado junto aos doentes, individualmente ou em grupo, procurando devolver ao paciente o mais elevado índice de capacidade funcional possível.

A premissa básica de toda a reabilitação, segundo Corsello (1991), incluindo a reabilitação pulmonar, é que é possível ter uma mudança positiva, mesmo nas piores condições. O mesmo autor relata que o conceito de reabilitação não é novo: a reabilitação, de maneira geral, era compreendida, em 1942, pelo Conselho Americano de Reabilitação, como “uma restauração do indivíduo, no mais pleno potencial médico, mental, social e vocacional de que cada um é capaz” (CORSELLO, 1991, p. 200).

No que se refere à DPOC, percebe-se que o tratamento foi incrementado na década de 70, quando houve a explosão dos programas que ofereciam a reabilitação pulmonar.

Para Leatherman (1995), apud Godoy (2000, p. 50), a reabilitação pulmonar foi conceituada e reconhecida em 1974 pelo American College of Chest Physician, da seguinte maneira:

A reabilitação pulmonar pode ser definida como a arte da prática médica baseada num programa multidisciplinar individual, formulada a um acurado diagnóstico, terapia, suporte emocional e educação, estabilizando-se ou revertendo a fisiopatologia e a psicopatologia pulmonar, devolvendo ao paciente a maior possibilidade de capacidade funcional condizente com sua situação de vida.

As metas da reabilitação pulmonar, de acordo com Corsello (1991, p. 201, 202), resumem-se a:

Controlar e aliviar, quando possível, os sintomas e alterações psicofi-

siológicas prejudiciais da respiração; melhorar a qualidade de vida dos indivíduos através do desenvolvimento de habilidades pessoais para realizar as atividades de vida diária.

Atualmente, segundo Karrer (2005, p. 74), as metas da reabilitação pulmonar estão definidas de uma forma mais global e completa, da seguinte maneira:

Aumento da resistência e performance, da qualidade de vida e sobrevivência e diminuição do número de hospitalizações e duração do tempo de internações e exacerbações.

A equipe de profissionais para trabalhar com a reabilitação pulmonar deve ser multidisciplinar, englobando aspectos que abrangem desde a higiene brônquica até a educação pulmonar.

Segundo Godoy (1996), um programa básico pode ser montado com a participação de um médico pneumologista, um fisioterapeuta e uma psicóloga.

Tiep (1993) sugere alguns parâmetros que devem ser seguidos: interdisciplinaridade com propostas comuns, interação e colaboração, justaposição de papéis, autoridade nos mais baixos níveis, verdade, conhecimentos especializados na área, possuir um líder que oriente a filosofia do trabalho.

Já Godoy (2000), a partir de seus estudos, defende uma equipe de reabilitação pulmonar mais ampla, composta por:

a) Médicos (pneumologista, fisiatra, desportista): devem ser responsáveis pelo diagnóstico da doença primária, de possíveis enfermidades concomitantes e pelo planejamento medicamentoso;

b) Fisioterapeuta: é responsável pela higiene brônquica e pelo treinamento dos músculos respiratórios por meio de exercícios apropriados. Cabe a ele também a realização de exercícios físicos e posturais, além do desenvolvimento de atitudes adaptativas para facilitar as suas atividades de vida diária;

c) Educador Físico: é o responsável pelo condicionamento físico. O programa de atividade física deve incluir exercícios que visem à melhoria da atividade

cardiorespiratória e ao desenvolvimento de força e da resistência muscular, além da flexibilidade corporal.

d) Psicólogo: o bem-estar do indivíduo é a chave do processo de reabilitação. As atribuições do psicólogo vão desde a avaliação da capacidade de compreensão das relações existentes entre o doente e sua família e, no caso de ainda ser fumante, entre ele e o tabaco. O acompanhamento psicológico deverá focar também aspectos referentes à conscientização do doente sobre as limitações ocorridas em função da patologia, para que ele aprenda a conviver com essa situação.

e) Enfermeiro: uma parte do programa de reabilitação deverá estar direcionada para a educação do paciente e de sua família, que fica a cargo principalmente deste profissional. O objetivo básico da educação é tornar o sujeito doente um “especialista” em DPOC, para que ele possa compreender o processo da doença.

Alguns estudos demonstram que os indivíduos com uma condição estável da função pulmonar, quando submetidos a um programa de reabilitação pulmonar duas vezes por semana, em sessões de 30 minutos, durante um período de 3 a 6 meses, têm aumento do nível de atividade e diminuição de exacerbação da doença. E, ainda, concluem que a reabilitação pulmonar é a única terapia que quebra o círculo vicioso da dispnéia, ansiedade e inatividade (KARRER, 2005).

Os benefícios obtidos com um programa de reabilitação pulmonar multidisciplinar em nível ambulatorial (se compararmos com o atendimento feito em ambiente hospitalar e com o atendimento domiciliar) estão bem determinados na literatura, havendo a melhora da dispnéia e da capacidade ao exercício. Soma-se a isso a redução do número de internações hospitalares e o aumento significativo da qualidade de vida.

3.2 Equipe multiprofissional e interdisciplinaridade na saúde

O termo “interdisciplinaridade” tem sido entendido de múltiplas maneiras, sendo possível encontrar autores que utilizam o mesmo termo com diferentes

interpretações. Além disso, existem diversos termos correlatos que são usados no debate sobre os limites da abordagem disciplinar aos problemas da ciência e também da produção do conhecimento e da prática em saúde. Como exemplo, destacam-se os termos: multidisciplinaridade, transdisciplinaridade e pluridisciplinaridade.

Esta breve revisão de literatura não pretende abordar todas as definições, facetas e formas de se aplicar a interdisciplinaridade no campo da saúde. Resgata apenas alguns trabalhos publicados sobre o tema no âmbito da saúde coletiva, já que esta pesquisa destaca a reflexão de uma equipe multiprofissional, que reabilita indivíduos com DPOC em âmbito extra-hospitalar, sobre o seu processo de trabalho, incluindo a percepção do grupo sobre a interdisciplinaridade.

A partir de um estudo bibliográfico, Vilela e Mendes (2003) destacam que foi a partir da década de 60 do século passado que se percebeu a necessidade de estabelecer interligações para superar a fragmentação do saber científico. No entanto, como destaca Japiassu (1976), o conhecimento sempre foi propenso a uma certa unidade, a qual, na pré-história, foi sustentada pela idéia de mito, no mundo grego, pela de cosmos, e, na Idade Média, pela aceitação de um Deus-criador.

Se pararmos para conhecer a historicidade do saber na tradição grega, perceberemos que, já naquela época, havia um programa de ensino chamado enkúklios paidéia, o qual foi retomado pelo povo romano e disseminado juntamente com a cultura helênica para a Idade Média. Nascia aí uma utopia educacional, fundamentada na totalidade do saber: a construção de uma personalidade integral, nas quais o conhecimento se articulava em prol de uma unidade, não se contentando com a mera acumulação de saberes estanques (VILELA, MENDES, 2003).

Campos (2003) retoma esse assunto, trazendo-o para a saúde e apontando para a necessidade de construir um novo paradigma, uma nova teoria sobre o processo de saúde e doença centralmente preocupada com a produção da saúde e que ele denomina de “Saúde Paidéia”.

Com o surgimento da Modernidade, ao redor do século XVII, iniciou-se um processo no qual o saber se compartimentava e, pela influência de Descartes, inaugurou-se uma era de decomposição de saberes, abrindo-se caminhos para a fragmentação do conhecimento em nome das vicissitudes do emergente processo de

industrialização. Nos séculos seguintes, as especializações foram-se consolidando cada vez mais, acompanhando a ciência ocidental, com inegáveis reflexos na formação acadêmica (disciplinaridade), marcada por objetos fragmentados e sujeitos especialistas (VILELA, MENDES, 2003).

Não se precisaria ser nenhum vidente para que antevíssemos um período de crise dessa cultura das especializações, como, cada vez mais, estamos vivenciando. Dessa forma, estão sendo resgatados instrumentos que sejam capazes de minimizar os efeitos negativos desta forma de construção do conhecimento. Hodiernamente, seria impossível que a mesma intenção de integralidade do sujeito fosse buscada e alcançada. Um destes instrumentos é a própria “interdisciplinaridade”.

É nesse contexto que nasce a interdisciplinaridade, como uma alternativa de romper o paradigma da modernidade e ampliar a visão de mundo, dos seres humanos e da realidade em que estão inseridos, no intuito de superar a justaposição de saberes da prática disciplinar (compartimentada e estanque).

O campo interdisciplinar seria aquele onde são estabelecidas trocas entre duas ou mais disciplinas do conhecimento. Seria nessa área de interseção de saberes que encontraríamos a terra que precisa ser cultivada para que, unidas pelas raízes da ciência, a própria sociedade pudesse colher frutos já esquecidos, relegados pela compartimentalização do conhecimento.

Segundo Paviani (2005, p. 17), “a questão não é simples. Paradoxalmente, o conceito de interdisciplinaridade só pode ser explicitado de modo interdisciplinar. Exige a interferência da lógica, da filosofia, da história e de outras disciplinas” e que “a interdisciplinaridade realiza-se em cada situação de modo peculiar e pressupõe a integração de conhecimentos e pessoas, formação de unidades de conhecimentos ou de conteúdos” (2005, p. 16).

A interdisciplinaridade, como mencionado anteriormente, permite inúmeros enfoques, mas, cada ser humano se adapta àquele que melhor se identifica com a sua realidade.

No cenário atual, o trabalho em equipe multiprofissional em uma perspectiva interdisciplinar é uma questão que vem sendo discutida inclusive nas políticas públicas, especialmente no âmbito do Programa Saúde da Família (PSF), que se

propõe a contribuir para a mudança do modelo assistencial em saúde.

Diversos autores vêm refletindo a respeito do trabalho coletivo em saúde, trabalho em equipe e interdisciplinaridade na saúde e todos apontam para um processo em construção com muitas lacunas e muitas fragilidades nas iniciativas que buscam uma prática efetivamente interdisciplinar.

Segundo Matos (2005, p. 11):

Grande parte dos estudos sobre a interdisciplinaridade situam-se no campo do debate teórico (...). Tratam da questão relacionando-a principalmente ao ensino e a pesquisa. Poucos são os relatos de experiências desenvolvidas no campo da prática assistencial em saúde, especialmente nas instituições hospitalares. Este dado nos faz pensar tanto nas dificuldades que a interdisciplinaridade tem enfrentado para efetuar-se na prática, quanto no fato dos profissionais dos serviços não estarem habituados a relatar suas experiências, contribuindo para a articulação teoria-prática (...).

Schraiber e Peduzzi (1999) estudaram trabalho coletivo em saúde e possíveis trabalhos em equipe, em São Paulo, em três modalidades assistenciais (de internação, ambulatorial e de emergência), por intermédio de distintas técnicas de coletas de dados (levantamentos de dados registrados e análise de documentos, observação e entrevistas semi-estruturadas). Concluíram as autoras que há interdependência e complementaridade e que, em razão da divisão do trabalho em saúde, nem sempre essa situação se traduz em articulação das práticas parcelares e mais raramente em cooperação consciente dos agentes. O elo mais frágil apontado nestas rupturas é o da comunicação e da interação dos profissionais na dimensão decisória e reflexiva dos seus trabalhos. Por isso encontram-se, muito mais freqüentemente, situações de “equipe-agrupamento” do que de “equipe-integração”.

Peduzzi (1998), em sua tese de doutoramento, trabalha a equipe multiprofissional de saúde, buscando apreender a interface entre trabalho e interação. Aborda a intensa especialização do trabalho em saúde surgida em décadas recentes, colocando em pauta a necessidade de pensar a integração entre os diversos profissionais da área da saúde. Discute as modificações que ocorrem no trabalho em saúde, tanto no que diz respeito à gestão do trabalho, a incorporação de aparatos tecnológicos, que exigem pessoal especializado para operá-los, como também as

políticas de saúde em nível nacional e local além da reforma sanitária no Brasil.

Para a autora, as propostas e diretrizes do SUS atribuem aos profissionais a responsabilidade de pensar o trabalho em equipe multiprofissional com vistas à interdisciplinaridade para realizar uma melhor assistência (PEDUZZI, 2001).

Ao estudar o trabalho coletivo em saúde, Peduzzi (2001, p. 106) distinguiu dois tipos de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração. Na tipologia criada, caracterizou a primeira pela fragmentação e justaposição de ações e a segunda pela articulação com a proposta da integralidade das ações de saúde, entendendo “por articulação as situações de trabalho em que o agente elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas”. O enquadramento da equipe na tipologia baseia-se nos seguintes critérios: comunicação entre os agentes do trabalho, projeto assistencial comum, trabalhos diferentes e trabalhos desiguais, diferenças técnicas dos trabalhos especializados “versus” flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica. A autora concluiu que “o trabalho da equipe multiprofissional consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e na interação dos agentes de diferentes áreas profissionais” (PEDUZZI, 2001, p. 107, 108). E, tendo como referencial as discussões de Habermas¹, considerou que a articulação das ações e a cooperação ocorrem por meio da comunicação.

Na percepção da autora, a diversificação da equipe de saúde, com profissionais de diversas áreas que vem sendo incorporados às equipes de saúde, torna sua composição cada vez mais complexa. Aumenta a divisão do trabalho entre as áreas especializadas, comprometendo a visão global do objeto de trabalho. Neste sentido, a perspectiva interdisciplinar tem potencial para compreender melhor a multidimensionalidade deste objeto e proporcionar melhores resultados no trabalho (PEDUZZI, 2001).

O trabalhador, como elemento do trabalho, executa atividades permeadas pela intencionalidade, operando a transformação de um objeto em um produto, utilizando

¹ Habermas sugere que essa articulação de ações e cooperação refere-se a um agir comunicativo simbolicamente mediado e orientado por normas de vigência obrigatória que definem as expectativas recíprocas de comportamento, e que têm de ser entendidas e reconhecidas, pelo menos por dois sujeitos agentes (1989).

instrumentos próprios de sua área profissional. “A divisão técnica do trabalho, [...] introduz o fracionamento de um mesmo processo de trabalho originário do qual outros trabalhadores parcelares derivam”, [mas] “por outro lado, introduz os aspectos de complementaridade e de interdependência entre os trabalhos especializados atinentes a uma mesma área de produção” (PEDUZZI, 2001, p. 107, 108). A mesma autora chama atenção para a existência das dimensões técnicas e social da divisão do trabalho e para as desiguais inserções sociais dos agentes, que irão lhe conferir maior ou menor autonomia técnica.

Jerusalinsky (1990, p. 56) relata que, nas equipes multidisciplinares, “cada sujeito detém um saber e de forma equivocada acredita que é o mais importante”. Segundo o autor, algumas equipes têm-se comportado em uma justaposição de diferentes especialidades em um mesmo espaço físico e somente quando se conhecem os fundamentos e o modo de operar da outra área é que se torna possível o trabalho interdisciplinar. Logo, o autor pressupõe, nesta visão de equipe, uma recíproca integração dos pontos de vista que explicam um problema.

A interdisciplinaridade também é discutida a partir de diversas outras situações de saúde e de doença, do desenvolvimento das ciências biológicas e outras.

Em um ensaio realizado por Filipinni (2005), a autora retrata que a Associação Brasileira de Psiquiatria realizou um fórum de debates em junho deste ano e concluiu que a importância de um tratamento interdisciplinar para a obesidade é de extrema relevância e houve unanimidade em afirmar que o sucesso terapêutico depende da colaboração dos diferentes profissionais em compartilhar as informações e idéias utilizando a mesma linguagem ao invés de mensagens conflitantes.

A autora aduz também que, em uma equipe, pode ocorrer exaustão emocional dos próprios profissionais que cuidam de pessoas portadoras de doenças crônicas e que esse aspecto está correlacionado com as expectativas geradas.

Artmann (2001) discute a interdisciplinaridade baseada nos conceitos do paradigma habermasiano, destacando o papel da linguagem na qualidade da ação. Concluiu que o olhar na discussão acerca da síndrome da imunodeficiência adquirida encontra-se, em geral, ainda no nível que Japiassu chamou de multidisciplinaridade, ou seja, acúmulo de conhecimento sem troca de informações, com exceções de alguns

projetos ainda muito incipientes.

Silva e Trad (2004) estudaram a experiência de uma equipe do PSF em um Município baiano, buscando identificar evidências de articulação entre ações e interações entre os profissionais do PSF, e concluíram que existe articulação entre as ações envolvidas pelos diferentes profissionais com algumas limitações. Em relação à interação, com vistas a um projeto comum, foi identificado como um aspecto favorável a partilha de decisões referentes à dinâmica da unidade, principalmente ao processo de trabalho para conhecer o trabalho do outro. Por outro lado, foi observado que o planejamento das ações de assistência ficam limitados aos profissionais de nível superior, de maneira individualizada.

Em última análise, levando-se em consideração as múltiplas facetas do conceito de interdisciplinaridade e do modo de colocá-la em prática, concordo com Paviani (2005), o qual, em meio à guerra de especializações e fragmentações, levanta a bandeira da paz, não branca, mas cientificamente multicolorida, interdisciplinar.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo fundamenta-se na teorização sobre processo de trabalho em saúde de Capella (1998), Matos (2005), Peduzzi (1998; 2001), Pires (1998; 1999; 2000) e Silva (1996) e na pedagogia problematizadora de Paulo Freire (1987). Estes dois aportes teóricos são influenciados pelo materialismo histórico-dialético de Karl Marx (1985).

A palavra “teoria” é oriunda do latim, *theoria*, e significa visão. Uma teoria é uma opinião, crença ou perspectiva que explica um processo (TIMBY, 2001).

Segundo Triviños (2001, p. 55), as “teorias com as quais trabalhamos estão unidas à nossa maneira de apreciar o mundo, a vida, o ser humano”.

Já os conceitos, para Trentini (2004, p. 51):

São representações mentais de determinadas realidades: mentais porque não é a realidade em si mesma, mas uma imagem dela. Portanto, conceitos são abstrações de realidades, embora a realidade seja concreta, o conceito que a representa é sempre abstrato.

E, ainda como refere Minayo (2004), os conceitos são usados explicitamente como “guias” e como “construção de sentido”. Servem para guiar os objetivos e os processos, bem como para delimitar melhor o recorte que deve ser analisado e construído.

No âmbito profissional, as teorias atuam como luzes norteadoras da prática, porém, cabe a cada um incorporar aquela que melhor se adapte à sua realidade ou aquela com a qual melhor se identifique. Também é a teoria que orienta as nossas ações, os nossos comportamentos diante do cliente, da família e da comunidade. O mesmo ocorre na pesquisa, ou seja, a escolha teórica influencia o olhar do pesquisador sobre a realidade e a definição do problema de pesquisa, além de fundamentar a análise dos dados encontrados.

A articulação dos conceitos e das teorias abaixo explicitados constitui o eixo de sustentação deste trabalho.

4.1 O processo de trabalho em saúde

Diversos autores, tais como Capella (1998), Peduzzi (1998; 2001), Pires (1998; 1999; 2000), Matos (2005), Silva (1996), ao tratarem sobre o processo de trabalho em saúde, apontam que ele apresenta diferentes características no decorrer da história, tanto na concepção do que é saúde e do que é doença, quanto ao que se refere às diversas instituições e profissões envolvidas no processo de cuidar, além de diferenças na organização e divisão do trabalho. O processo de trabalho em saúde é influenciado pelas macro-mudanças políticas, econômicas e sociais ocorridas na sociedade, bem como pelos diferentes padrões culturais e pelo paradigma de produção de conhecimento hegemônico em cada momento histórico (PIRES, 1998). Assim, a produção dos conhecimentos, a formação dos profissionais da saúde e as formas de organização do trabalho são historicamente delimitadas.

Segundo Pires (1998), com base em Marx (1985), nas diversas sociedades, em cada momento histórico, existe um modo de produção determinante que indica a forma predominante de produção de bens e serviços necessários à convivência social e à sobrevivência dos grupos. Esse modo de produzir predominante é uma criação humana e depende do grau de desenvolvimento das forças produtivas, da tecnologia disponível e da capacidade de organização dos trabalhadores para realizar conquistas que os beneficie.

Desde a Antigüidade, os seres humanos sempre vivenciaram problemas em relação à saúde em alguns momentos de sua vida e, para o cuidado, em situações que não conseguiam resolver sozinhos ou no âmbito doméstico, recorriam a indivíduos com conhecimentos específicos ou que eram reconhecidos pelo grupo como dotados de uma capacidade especial para tratá-los (PIRES, 1998). A medicina foi a primeira que se estruturou como profissão e, ao longo da história, os médicos foram delegando

atividades a outros grupos de trabalhadores, os quais se organizaram e criaram uma base de conhecimentos, constituindo-se em diferentes profissões no campo da saúde.

Focalizando o modelo de organização do trabalho em saúde originado com a estruturação do modo capitalista de produção, observamos que esse trabalho passou a ser exercido por profissionais de várias áreas afins, em um mesmo espaço físico, com características do trabalho coletivo e sob hegemonia do modelo biomédico, seja em ambulatórios, clínicas ou hospitais das redes pública e privada. Ao mesmo tempo, o trabalho em saúde pode ser exercido na relação do profissional de saúde com o sujeito portador de carência, com características de trabalho autônomo.

A existência de diferentes demandas de saúde, no que se refere à prevenção, à recuperação e à reabilitação, foi tornando cada vez mais necessária a especialização profissional. Atualmente, há uma diversidade de profissionais exercendo suas atividades legalmente em nosso país. A Resolução n. 287/98 do Conselho Nacional de Saúde destaca a relevância de 14 profissões da área de saúde para os fins das Diretrizes Políticas da Gestão em Políticas de Saúde².

O trabalho em saúde é

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

De acordo com Pires (1998, p. 161), o

processo de trabalho dos profissionais de saúde tem *como finalidade* – a ação terapêutica da saúde; *como objeto* – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; *como instrumental de trabalho* – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber da saúde e *o produto final* é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida.

O processo de trabalho é aqui entendido como uma atividade dirigida a um

² São elas: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

fim, por meio do qual os seres humanos atuam sobre a natureza externa e a modificam, para que ela possa responder às suas necessidades, ao mesmo tempo em que modificam sua própria natureza. O trabalho é um processo do qual “participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com a sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza” (MARX, 1985, p. 202, apud CAPELLA, 1998). Todo trabalho humano envolve uma transformação planejada de algo, com a finalidade de atender às necessidades humanas.

Na sociedade atual, sob a hegemonia do modo de produção capitalista, o trabalho é realizado de várias maneiras e em diferentes esferas produtivas, como o setor primário da economia, o setor industrial e o setor de serviços (PIRES, 1998). Alguns trabalhos em serviços apresentam as características de produção e consumo simultâneos como o trabalho em educação e na saúde.

O **processo de trabalho em saúde**, na atualidade, desenvolve-se, majoritariamente, com características de trabalho coletivo e segundo regras institucionalizadas. Inclui áreas técnicas específicas como medicina, farmácia, odontologia, nutrição, serviço social, enfermagem, fisioterapia, psicologia, etc., além de outros profissionais ou trabalhadores treinados para realizar uma série de atividades específicas, as quais são necessárias e imprescindíveis para a manutenção da estrutura institucional (CAPELLA, 1998; PIRES, 1999). Cabe, então, a cada área técnica específica uma parcela desse atendimento. A delimitação dessa parcela, bem como a organização desses trabalhos, foi-se dando no percurso histórico, com o desenvolvimento da ciência e em decorrência da divisão social do trabalho na área da saúde (PIRES, 1998).

Pires (1999, p. 162) afirma que a

complexidade dos problemas em saúde exige conhecimentos profundos em cada área, possibilitando que atividades ou campos do conhecimento organizem-se em novas profissões de saúde. Mas o entendimento dos seres humanos enquanto totalidades e que vivenciam situações de saúde e de doença só é possível com um inter-relacionamento entre essas áreas e profissões.

O trabalho institucionalizado envolve diversas profissões, sendo que cada uma

delas desenvolve um papel fundamental para o cuidado à saúde dos indivíduos, especialmente se entendermos que este trabalho é parte de uma cultura e se levarmos em consideração o indivíduo na sua complexidade, nas suas relações familiares e sociais. No caso do tratamento de pessoas com doenças crônicas, seja em ambulatorios, consultórios, clínicas, institutos, seja em hospitais, etc, cada profissional da área da saúde (medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia, educação física, nutrição, entre outras) tem um papel específico na equipe. Ao mesmo tempo, eles desenvolvem parte da assistência em interconexão uns com os outros.

Pires (1998, p. 85, 86) consigna, ainda, que

o trabalho profissional de enfermagem, e, mais recentemente, de nutricionistas e fisioterapeutas, é parte do trabalho coletivo em saúde. No espaço institucional, ao mesmo tempo em que estão subordinados ao trabalho médico, que detém o controle do processo assistencial em saúde, mantém relativa autonomia. (...) Os especialistas relacionam-se entre si, solicitando parecer técnico ou reunindo-se para contribuir em decisões que necessitem diversas avaliações. A reunião dos ofícios e práticas em um mesmo espaço, hospital ou unidade ambulatorial, faz com que a assistência resulte do trabalho coletivo de profissionais de saúde e de outros trabalhadores que desenvolvem uma série de atividades necessárias ao funcionamento da instituição e que não são específicas do trabalho em saúde.

A **teoria sócio-humanista** de Beatriz Beduschi Capella, desenvolvida para discutir questões relativas ao desenvolvimento do trabalho em Enfermagem no Hospital Universitário da UFSC, auxilia este estudo tanto pelo destaque dado pela autora à valorização dos sujeitos envolvidos no trabalho e por suas contribuições ao entendimento do trabalho coletivo em saúde, quanto pelo processo por ela usado para construir a teoria. Tratou-se de uma construção coletiva, junto com profissionais de Enfermagem do Hospital Universitário da UFSC, de teorização das questões relativas ao trabalho desenvolvido na instituição (CAPELLA, 1998). Esse processo de construção teórico, a partir de uma reflexão coletiva com os envolvidos no trabalho, foi um dos pilares que orientou teórica e metodologicamente esse estudo.

As crenças e valores fundamentais que subsidiaram a construção teórica da autora foram:

a valorização dos sujeitos e a valorização do trabalho. No que se refere à valorização dos sujeitos, destaca-se a questão do ser humano ser inteiro, global, naquilo que ele tem de sociabilidade e subjetividade. Inclui tanto o sujeito portador de carência de saúde, quanto o sujeito trabalhador, profissional, na possibilidade de interferirem diretamente no processo (CAPELLA, 1998, p. 88).

E complementa:

Acerca da “valorização do trabalho”, foram incluídos aspectos como a competência profissional, por meio da ampliação da base de conhecimento, para fugir, em parte, do exclusivamente biológico. Pretendeu-se entrar na discussão ética e filosófica do que seja uma assistência integral, na perspectiva da equidiversidade. E isso só seria possível, se houvesse uma possibilidade de autonomia num âmbito político, mesmo que não haja chance de autonomia no âmbito pragmático, por ser um trabalho coletivo, envolvendo diversos profissionais (CAPELLA, 1998, p. 88).

Pode-se apontar, ainda, a necessidade de se buscar, neste âmbito político, a interdisciplinaridade, não como uma coisa do modismo, mas como uma exigência da própria atividade, o que não exclui a possibilidade de uma autonomia relativa (CAPELLA, 1998).

A teoria sócio-humanista originou três níveis que sustentam as relações entre os seres humanos e entre estes e o seu meio, tal como definido a seguir:

nível social: onde as relações se originam através das dimensões materiais, econômicas, culturais, religiosas e políticas;
 nível formal: onde as relações são normatizadas, através de leis civis e morais das organizações e suas normas e da adesão coletiva a elas;
 nível particular: onde as relações se concretizam pelos contatos humanos, cada qual com a sua particularidade. Especifica-se o trabalho da saúde e da Enfermagem enquanto relação entre sujeito portador de carência de saúde e o sujeito trabalhador (CAPELLA, 1998, p. 125).

Para Capella (1998, p. 103), o **sujeito trabalhador da área da saúde** é aquele que,

em seu percurso de vida, tem como atividade básica o exercício de alguma profissão ligada à área da saúde, desenvolvendo seu trabalho em instituição hospitalar, prestando atendimento de saúde em conjunto com os demais

trabalhadores da instituição em que atua.

Hodiernamente, em muitas instituições, a **equipe multiprofissional** é composta por profissionais de diferentes áreas, atuando conjuntamente.

Nos últimos anos, os desafios do trabalho coletivo, bem como da complexidade do conhecimento e dos fatos sociais, têm impulsionado o debate acerca da interdisciplinaridade, idéia que se diferencia da mera justaposição de profissões ou de trabalhadores especializados voltados para a realização do trabalho coletivo.

Peduzzi (2001, p. 104) diz que

a noção de equipe multiprofissional é tomada como uma realidade dada, uma vez que existem profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente, e a articulação dos trabalhos especializados não é problematizada.

Sob este enfoque, a mesma autora elabora a tipologia do trabalho em equipe, alicerçada no referencial teórico de Habermas, e diz que existem

duas noções que recobrem a idéia de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos. A primeira noção é caracterizada pela fragmentação, e a segunda pela articulação consoante a proposta da integralidade das ações de saúde (PEDUZZI, 2001, p. 105, 106).

A noção de “equipe agrupamento” perpassa a idéia de simples reunião de profissionais lado a lado em torno de um mesmo objeto de trabalho, praticando ações, muitas vezes, em duplicidade e em contrariedade, porquanto elas, tão-somente, se justapõem, sem formar campos de interseção. Seria, a propósito, nessas áreas de interseções, comuns a mais de uma profissão, que nasceria a “equipe integração”, formada por agentes que interagiriam, articulando a prestação coletiva do trabalho em saúde.

O estudo dessa autora permitiu que muitos outros pesquisadores e profissionais pudessem semear, num campo já adubado, a idéia de um trabalho em saúde realizado no âmbito de uma equipe integrada em torno de seu objeto, passo imprescindível para

que os frutos da interdisciplinaridade pudessem ser colhidos e aproveitados por aqueles que portam alguma carência de saúde.

Interdisciplinaridade, segundo Silva et al. (1996, p. 110) já era vista como a

interação entre duas ou mais disciplinas, realizada na experiência concreta que promova a integração mútua de conceitos, métodos, procedimentos, terminologia e campos do conhecimento.

Matos (2005) resgata as formulações a respeito de interdisciplinaridade feitas por Peduzzi (2001) em sua tese de doutorado, apontando que a interdisciplinaridade na saúde é vista na perspectiva de superação da especialização e fragmentação do trabalho realizado na equipe multiprofissional da saúde. A abordagem interdisciplinar do trabalho em equipe constitui-se numa contribuição para concretização da integralidade e de uma melhor assistência. Permitiria também uma melhor compreensão da multidimensionalidade do objeto de trabalho em saúde (sujeitos portadores de carência), com vistas a proporcionar melhores resultados no trabalho.

Já o **sujeito cuidado** é aquele homem ou mulher que, em seu percurso de vida, por alguma circunstância, necessita da intervenção dos serviços de saúde, submetendo-se ou não à hospitalização por uma doença (CAPELLA, 1998). O **sujeito com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica** vivencia uma doença que é caracterizada por desenvolvimento progressivo de limitação ao fluxo aéreo, com progressão lenta e que não é totalmente reversível. A limitação do fluxo aéreo está associada à inalação de gases e partículas nocivas. O diagnóstico baseia-se na história clínica, exame físico e exames complementares e os principais sintomas são: dispnéia ao esforço, sibilância na ausculta pulmonar e tosse produtiva com escarro mucóide ou purulento. Há relatos de tabagismo, mas não é obrigatório, possuindo outros fatores causais, como: pós, fumos e fumaças de combustão de lenha (I CONSENSO BRASILEIRO DE DPOC, 2000).

4.2 Pressupostos

Ao apresentar os conceitos e pressupostos para uma abordagem sócio-humanista da Enfermagem, Capella (1998, p. 125):

partiu de uma referência filosófica calcada na afirmação da relação entre subjetividade e sociedade numa perspectiva da sua totalidade e integridade dialética. Inclui dimensões contraditórias de uma realidade única e histórica que se desenvolve através de sínteses complexas no espaço-tempo.

Assim, foram estabelecidos quinze pressupostos para explicar a teoria sócio-humanista, dos quais julguei que oito seriam de fundamental importância para alicerçar este trabalho, são eles:

a) As necessidades do sujeito portador de carência de saúde, em qualquer circunstância, devem ter precedência sobre as dos demais sujeitos envolvidos numa instituição de saúde, quando se tratar do cuidado a ele ofertado. Isso exige que a assistência seja organizada em função do indivíduo que procura atendimento, de modo que é necessário corresponder com respeito à sua individualidade (equidiversidade), com sua participação ativa e dinâmica na assistência e na sua avaliação. Constitui-se no respeito ao seu direito à privacidade, às suas crenças e na criação de normas e rotinas dirigidas à integralidade do indivíduo que, por alguma circunstância, em algum momento de sua vida, submete-se à assistência de saúde.

b) O processo de vida envolve várias dimensões complementares (biológica, psicológica, afetiva, social, cultural, ética, política). No entanto, ao se sujeitarem, temporariamente, à instituição de saúde, os indivíduos expõem toda a sua fragilidade e, se os profissionais da área da saúde não aliarem à sua competência técnica a perspectiva humanística, a situação vivida por este sujeito pode ser ainda mais dolorosa. Para isto, há de se viver e experienciar plenamente os princípios apontados para o sujeito portador de carência de saúde.

c) O acesso ou o sigilo das informações que dizem respeito ao sujeito portador de carência de saúde são um direito inquestionável, cabendo esta responsabilidade aos trabalhadores da área da saúde, procurando sempre envolver os familiares.

d) Os trabalhadores e administradores são os construtores da própria instituição em que atuam. Porém, no caso da instituição de saúde, onde o serviço prestado envolve um outro indivíduo, sujeito portador de carência de saúde, este também participa dessa construção. Portanto, quanto mais “sujeitos”, isto é, quanto mais críticos esses indivíduos forem, tanto mais provavelmente a instituição irá desenvolver-se para atender suas necessidades.

e) Não basta investir somente nas mudanças estruturais, pois na esfera assistencial, no plano do cuidado, a assistência de Enfermagem e Saúde, pressupõe um envolvimento pessoal. O modo de realizar o trabalho, as relações que aí se estabelecem, aliado à técnica, vão imprimir qualidade ao trabalho, pois o trabalhador se coloca, tanto quanto o sujeito portador de carência de saúde, como pessoa, numa relação baseada na equidiversidade.

f) O processo de trabalho em saúde é coletivo, em que cada área técnica executa parte dessas ações. Para isto, faz-se necessária a reconstrução de ações integradas, numa perspectiva interdisciplinar, para a democratização do pensar e do fazer, em que o planejamento e a execução sejam coletivos, tanto como o sujeito portador de carência de saúde, como com toda a equipe.

g) O estabelecimento de princípios éticos, na perspectiva de uma assistência digna, igualitária, universalizada, buscando o atendimento integral ao indivíduo portador de carência de saúde, é fundamental para a resolução dos conflitos e ambigüidades geradas a partir do processo de trabalho em saúde.

h) As relações de trabalho são estabelecidas a partir das condições materiais e humanas, bem como das atribuições e delimitações próprias a cada profissão, de modo que cada uma tenta estabelecer um campo específico de ações. Como no processo de trabalho em saúde os limites são, de certa forma, imprecisos, e, muitas vezes, se superpõem, acontece o conflito, importante num processo de reflexão conjunta.

Aos pressupostos resgatados de Capella (1998), acrescento as seguintes formulações:

a) Os profissionais de saúde que fazem parte de uma equipe multiprofissional cuidam as pessoas e precisam respeitar a individualidade, as crenças, os valores e as necessidades de cada sujeito portador de carência de saúde.

b) Os usuários, ao necessitarem, temporariamente, das instituições de saúde para tratamento, precisam que os profissionais da área da saúde prestem atendimento não somente no âmbito técnico, mas, também, no humano. O cuidado humanizado é essencial para a qualidade de vida de todos os indivíduos.

c) A ética perpassa o processo de trabalho dos profissionais de saúde e deve envolver os direitos dos sujeitos trabalhadores, como também os direitos dos sujeitos portadores de carência de saúde. Portanto, todas as informações em relação à doença devem ser compartilhadas com os doentes e seus familiares, de modo que os ajudem a tomar decisões conscientes acerca dos cuidados com sua saúde, bem como se lhes devem garantir a intimidade e a privacidade das informações repassadas ao profissional de saúde envolvido no tratamento.

d) Os sujeitos cuidados deveriam ter o direito de influir nas decisões administrativas da instituição de saúde em que estão sendo tratados, a fim de promover condições mais favoráveis para que suas necessidades e expectativas possam ser atendidas.

e) A qualidade das relações entre o profissional da área da saúde, seja ele médico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, etc., e o sujeito portador de carência de saúde decorre do modo como se faz o trabalho em saúde (tanto do ponto de vista técnico, quanto do ponto de vista humano).

f) O processo de trabalho em saúde depende, em parte, da relação dos profissionais de saúde entre si, logo, ela deve ter uma perspectiva interdisciplinar, a fim de democratizar o modo de pensar e agir, no que se refere ao tratamento, planejamento e execução das atividades desenvolvidas em prol da melhoria da qualidade de vida do sujeito portador de carência de saúde, buscando, sempre que possível, a sua cura.

Os capítulos a seguir foram embasados no referencial teórico apresentado e na revisão de literatura realizada, constituindo-se de fundamental importância para o desenvolvimento deste estudo. Conceitos de DPOC, interdisciplinaridade, equipe multiprofissional e processo de trabalho em saúde e, principalmente, trabalhos desenvolvidos no âmbito do PSF foram cruciais para o entendimento do que precisava ser pesquisado. Além disso, o aprofundamento do estudo da teoria sócio-humanista

contribuiu para a busca de uma metodologia que respondesse às minhas indagações e auxiliasse na interpretação dos resultados e apontasse caminhos para a prática de um trabalho mais interdisciplinar.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Este é um estudo exploratório analítico de natureza qualitativa.

De acordo com Flick,

a pesquisa qualitativa é orientada para a análise de casos concretos em sua particularidade temporal e local, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais. Portanto, a pesquisa qualitativa está em condições de traçar caminhos para a psicologia e as ciências sociais... (2004, p. 28, 29).

Segundo o mesmo autor, a relevância dessa abordagem de pesquisa “para o estudo das relações sociais deve-se ao fato da pluralização das esferas de vida” (FLICK, 2004, p. 17).

Para Minayo, com base em Apezechea, esta espécie de pesquisa é válida para a área da saúde, porque

trazendo o debate do ‘qualitativo’ para o campo da Saúde, presencia-se o eclodir de questões semelhantes às do âmbito maior das Ciências Sociais. Isso se deve ao fato, em primeiro lugar, de que a saúde não institui nem uma disciplina, nem um campo separado das outras instâncias da realidade social. Por isso, tanto no que concerne à problemática teórica quanto à metodológica ela está submetida às mesmas vicissitudes, avanços, recuos, interrogações e perspectivas da totalidade sociológica da qual faz parte (2004, p. 13).

Após definir que o objeto de investigação da pesquisa seria a partir da percepção dos integrantes da equipe multiprofissional sobre o seu processo de trabalho, foi eleita a abordagem qualitativa, a qual emerge como uma possibilidade produtiva para se investigar o problema posto.

5.2 Cenário do estudo

Em outubro de 1998, um grupo de profissionais da saúde constatou que há uma grande incidência de indivíduos com DPOC e que o índice de pacientes que sofrem com esta doença tem aumentado gradativamente nos últimos anos.

Nessa perspectiva, já em 1999, esta equipe iniciou seus trabalhos junto ao Curso de Educação Física de uma Universidade da região sul do Brasil, transferindo-se, posteriormente, para o Instituto de Medicina do Esporte – IME, que está localizado no Complexo Universitário de Esportes, Saúde e Lazer.

Foi neste instituto que o estudo foi realizado. A escolha do local, bem como da temática, tem uma ligação direta com a história do pesquisador, suas prioridades e possibilidades pessoais, teóricas e científicas, além de sua prática profissional. Neste sentido, concordo com Minayo (2004, p. 21) que “a visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais estão implicadas em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho”.

A cidade onde se localiza a referida Universidade está situada a aproximadamente 800m do nível do mar e possui clima subtropical de altitude, apresentando temperatura média de 16°C (mínima de 8°C negativos e máxima de 35°C), com umidade relativa do ar de 84%. O complexo tem capacidade para 750 alunos (dos cursos de Educação Física e Fisioterapia) e para 270 atendimentos individuais simultâneos nas áreas da saúde.

O IME possui 800m² e está distribuído da seguinte forma: sala de análise de marcha humana, laboratório de auto-rendimento aeróbico e anaeróbico, sala de fisioterapia para atendimento a atletas, ginásio, salas de avaliação e academia de musculação. Ele surgiu para atender à demanda da comunidade regional da Serra Gaúcha, professores, alunos e funcionários da Universidade, que estavam em busca de atividades físicas orientadas. Atualmente, o Instituto está formado por uma equipe de profissionais da área da saúde qualificados e experientes para atender essa comunidade.

O responsável pela gestão do IME é um médico endocrinologista especializado em medicina do esporte. A equipe é composta por cinco médicos (endocrinologista,

pneumologista, desportista, neuro-ortopedista e fisiatra), uma enfermeira, dois fisioterapeutas, uma psicóloga, uma nutricionista, dois educadores físicos, uma secretária e alunos de graduação da área da saúde que realizam estágio supervisionado. Cada pessoa atendida é previamente avaliada por profissionais da área da saúde.

O IME oferece, hoje em dia, vários programas de assistência e pesquisa: de reabilitação cardiovascular para cardiopatas, de reabilitação pulmonar para pessoas com DPOC, de orientação aos familiares de crianças e adolescentes com *diabetes mellitus*, de obesidade e de tabagismo. Está sendo implantado um novo programa para indivíduos com fibromialgia. Além destes, o Instituto recebe, diariamente, 50 pessoas que exercem atividades físicas orientadas, como musculação, alongamentos e caminhadas. O programa de reabilitação de pessoas com DPOC, desde o seu início, em 1999, até novembro de 2004, atendeu aproximadamente 120 pessoas.

5.3 Sujeitos

Os sujeitos envolvidos no estudo compreenderam os profissionais de saúde que formam a equipe multidisciplinar do referido instituto: três médicos (um pneumologista, um fisiatra e um intensivista), uma enfermeira, um fisioterapeuta, dois educadores físicos e uma psicóloga. Todos os profissionais envolvidos foram convidados a participar do trabalho.

5.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de dois meses no segundo semestre do corrente ano, utilizando dois instrumentos: entrevistas e reflexão coletiva em oficinas.

5.4.1 A Abordagem Teórico-Metodológica que Orientou o Processo de Coleta de Dados

O contato com a **Pedagogia Problematizadora** de Paulo Freire nas aulas de “Educação em Saúde” deste curso de Mestrado estimulou o meu interesse em utilizá-la

também no processo de pesquisar, porque comungo com as idéias do autor de que o ser humano é sujeito de sua história. Assim, na saúde, os profissionais da equipe, bem como os indivíduos com DPOC, são sujeitos do processo de cuidar, titulares de direitos e deveres. A pedagogia freiriana prevê um processo de reflexão a partir de conteúdos que são gerados pelas necessidades e pela realidade dos indivíduos, ou seja pelos interesses do grupo. O processo educativo ocorre com a participação efetiva de todos os envolvidos na ação e desenvolve-se na forma de “ação-reflexão-ação”, mediatizada pelo olhar crítico e criativo do educador em relação aos educandos.

O processo metodológico freiriano envolve identificação de temas geradores, codificação, descodificação e desvelamento crítico. A identificação de temas geradores busca conhecer a realidade a partir da vivência e percepção dos sujeitos envolvidos no processo; a codificação significa uma primeira sistematização feita pelo educador sobre o material obtido na primeira etapa; a descodificação e o desvelamento crítico correspondem à etapa do processo de conscientização. Segundo Freire, esse processo de tomada de consciência não é um processo solitário mas realiza-se em comunhão, a partir de uma reflexão processual que pode ser realizada em “Círculos de Cultura”.

Os diversos momentos do processo podem ocorrer nos “Círculos de Cultura”; no entanto, as etapas não precisam acontecer, necessariamente, no mesmo evento.

A metodologia problematizadora tem como objetivo estimular a capacidade do ser humano tornar-se um participante ativo da transformação social, desenvolver nele a habilidade da transformação da realidade e detectar os recursos disponíveis e formas de organização para uma transformação consciente.

A adaptação desta metodologia para o processo de pesquisar deu-se da seguinte maneira: a) coleta de dados através de entrevistas e em reflexões realizadas em oficinas – correspondendo ao que Freire chama de identificação de temas geradores; b) codificação e descodificação – equivalendo ao processo de sistematização dos dados obtidos realizado pela pesquisadora e apresentado ao grupo, para análise e validação dos dados, durante reflexão em oficina; d) desvelamento crítico – atinente às descobertas e percepções críticas da realidade feitas pelos sujeitos participantes da pesquisa em todo o processo de coleta, análise e validação dos dados da pesquisa. É interessante salientar que o desvelamento crítico pode-se dar durante quaisquer etapas

do processo.

Nesse sentido, o uso da abordagem teórico-metodológica foi ao encontro da minha preocupação de contribuir, no próprio processo de pesquisar, para uma reflexão crítica dos profissionais participantes da equipe sobre a realidade do seu trabalho.

A própria história pessoal de Paulo Freire (Apêndice 4), que foi um importante educador e pedagogo brasileiro que vem sendo reverenciado por muitos como uma das autoridades mais marcantes da história da pedagogia mundial, justifica sua escolha para contribuir com a minha pesquisa.

Nas áreas da saúde (medicina, enfermagem, fisioterapia, etc.), estão sendo utilizados, até os dias atuais, métodos do educador Paulo Freire.

Segundo Gadotti (1989), a sociedade brasileira e latino-americana da década de 60 pode ser considerada como o grande laboratório onde se forjou aquilo que ficou conhecido como o “Método Paulo Freire”. A situação de intensa mobilização política desse período teve uma importância fundamental na consolidação do pensamento de Paulo Freire, cujas origens remontam à década de 50.

Surgida em meio à pobreza em que vivia, a “Teoria do Conhecimento” buscava levar aos analfabetos as palavras que lhes tirariam do silêncio em que viviam, por meio de um método fundado no princípio de que o processo educacional deve partir da realidade que cerca o educando. Isso o tornou conhecido no mundo inteiro.

5.4.2 Os instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados como instrumentos para coleta de dados: entrevistas semi-estruturadas e reflexões em oficinas (organizadas na forma de “Círculos de Cultura”, seguindo o referencial de Paulo Freire). Esta forma de coleta de dados “tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo” (TRIVIÑOS, 1994, p. 138).

As **entrevistas semi-estruturadas** foram realizadas com todos os sujeitos trabalhadores da equipe que cuida de pessoas com DPOC e foram orientadas por um roteiro previamente estabelecido, a partir do referencial teórico adotado e levando em consideração os objetivos desta pesquisa (Apêndice 1). Elas abordaram situações

referentes ao processo de trabalho, buscando captar a percepção de cada membro da equipe sobre o seu objeto de trabalho, a organização e a divisão do trabalho, assim como sobre o produto do mesmo. Além dessas perguntas e de outras que constam do referido apêndice, os profissionais foram indagados se eles se sentem ou não valorizados, pessoal e profissionalmente, como se dão as relações interpessoais na equipe e sobre as condições de trabalho oferecidas no IME.

Optei pela entrevista individual, porque é extremamente utilizada em trabalhos de campo e por ser um valioso instrumento de coleta de dados, verdadeira “fonte reveladora” das representações de um grupo pré-determinado (MINAYO, 2004). E a opção pela entrevista semi-estruturada justifica-se, como apontado por Flick (2004, p. 107), porque esse método, ao usar um guia consistente, “aumenta a comparabilidade dos dados, e sua estruturação é intensificada como resultado das questões do guia”. Os dados coletados nas entrevistas, apesar de se tratarem de um momento de levantamento dos dados obtidos na relação entre a pesquisadora e o profissional investigado, correspondem ao momento de identificação dos temas geradores do processo freiriano.

Outra fonte de coleta de dados foi a produção coletiva de informações que ocorreu em **oficinas – sessões do “Círculo de Cultura”**. Essa forma de coleta dos dados pretendeu apreender as informações relativas ao processo de trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional a partir do diálogo e da troca de impressões pela equipe reunida na oficina. Foram realizadas duas oficinas: a primeira oficina de “apresentação e motivação”, ocorrida no início do processo de pesquisa, e a segunda de “reflexão sobre o processo de trabalho da equipe”. Nas duas oficinas ocorreram, em maior ou menor ênfase, os quatro passos da metodologia problematizadora. Para a realização das oficinas, foram utilizadas dinâmicas de grupo que, na minha opinião, são importantes para oportunizar uma melhor expressão dos participantes.

As entrevistas e as sessões do “Círculo de Cultura” foram agendadas pela secretária do Instituto, via telefone, de acordo com a hora disponível de cada profissional envolvido no estudo. A pesquisadora responsabilizou-se, pessoalmente, pela realização das entrevistas e pela coordenação das oficinas. Tanto as entrevistas, quanto as oficinas ocorreram no próprio local de trabalho da equipe e foram gravadas

em fita cassete pela entrevistadora e, depois, transcritas.

Considerando-se os dois instrumentos de coleta de dados, o processo de coleta ocorreu em três momentos.

O **primeiro momento** consistiu na primeira sessão de reflexão coletiva em oficina – “Círculo de Cultura”.

Esta oficina tinha como objetivos: fazer uma primeira aproximação da pesquisadora com os integrantes da equipe e destes com a temática de investigação; motivar o grupo a participar da pesquisa; e, ao mesmo tempo, estimular o processo de reflexão sobre a sua prática, partindo da troca de informações entre eles, buscando-se, nesta perspectiva, propiciar a expressão das subjetividades e da visão de cada um sobre o seu trabalho.

Este momento consistiu, igualmente, em fonte de dados da pesquisa e em um espaço para o autoconhecimento do grupo. Esta oficina contribuiu para a identificação de “temas geradores”, em relação à temática “processo de trabalho” apresentada pela pesquisadora, ao mesmo tempo em que ocorreram algumas “codificações” e “descodificações” relacionadas ao autoconhecimento do grupo, ao papel de cada um na equipe e sobre as relações interpessoais estabelecidas entre eles.

Todos os integrantes da equipe multiprofissional participaram desta primeira oficina na qual foi realizada a “dinâmica dos cartões postais”, utilizando-se diferentes figuras de paisagens, personagens reconhecidos, cenas da natureza, etc. (Anexo). Pedilhes que sentassem ao redor de uma mesa e escolhessem dois cartões postais que combinassem com suas características pessoais. Deixei-os livres para, aleatoriamente, escolherem os cartões postais e, depois, para iniciarem, espontaneamente, o relato, que consistiu numa justificativa das suas escolhas e na interação dos cartões escolhidos com as suas relações de trabalho, com o processo de trabalho desenvolvido no âmbito do grupo de reabilitação pulmonar, os papéis desempenhados na equipe e a relação com os sujeitos cuidados. Previ que a dinâmica duraria apenas uma hora, mas ela acabou se estendendo por cerca de uma hora e meia.

O **segundo momento** consistiu na realização das entrevistas semi-estruturadas, usadas para a identificação das opiniões ou idéias expressadas pelos diversos profissionais, individualmente, sobre o seu processo de trabalho – continuação da

identificação dos “temas geradores”. Foram entrevistados todos os profissionais da equipe: cinco homens e três mulheres; o mais jovem tinha vinte e dois anos de idade e o mais velho, quarenta e dois; e, em média, com três anos na instituição. Cada entrevista durou, aproximadamente, trinta minutos.

O **terceiro momento** correspondeu à segunda sessão em oficina – “Círculo de Cultura” –, na qual se realizou uma reflexão com a equipe multiprofissional sobre o seu processo de trabalho, considerando as idéias obtidas na primeira oficina e nas entrevistas, as quais foram previamente sistematizadas pela pesquisadora, usando o suporte do referencial teórico adotado, consistindo-se no processo de “codificação dos temas geradores” elencados nos momentos anteriores. Neste momento da pesquisa ocorreu, também, a “descodificação”, com momentos de análise crítica feita pelo grupo a respeito de aspectos do seu processo de trabalho. Ele também contribuiu com o processo de validação dos dados coletados nos dois momentos anteriores, bem como propiciou o aprofundamento das explicações sobre o tema de investigação e algum nível de “desvelamento crítico” em relação interdisciplinaridade.

Nesta oficina compareceram 62,5% do total da equipe e teve duração de cerca de 45 minutos. Para o seu desenvolvimento coloquei um som ambiente de Loreena McKeneth, uma cantora de *new age*, cuja música é extremamente relaxante e inspiradora e realizei uma massagem relaxante nos participantes. Logo após, foi apresentada uma explanação acerca da definição de processo de trabalho, objeto de trabalho, finalidade e produto do mesmo, visto que, durante as entrevistas, percebi uma certa dificuldade com relação a essas expressões, passando-se, em seguida, à reflexão sobre o tema, para isso foram apresentadas as idéias já obtidas e categorizadas para aprofundamento da reflexão e validação pelos participantes.

5.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi prevista para ocorrer durante todo o desenvolvimento da pesquisa, em um processo dinâmico, alicerçado em categorias pré-definidas, as quais foram modificadas e aprimoradas de acordo com os resultados encontrados na pesquisa. As pré-categorias foram formuladas a partir do referencial teórico sobre o

processo de trabalho em saúde. São elas: os papéis dos diversos profissionais no trabalho coletivo; a percepção sobre o objeto e o produto de trabalho da equipe; a percepção do grupo sobre valorização e desvalorização pessoal e profissional na assistência; interdisciplinaridade e as condições de trabalho.

Os dados obtidos nos três momentos da pesquisa foram organizados, observando-se identidades e diferenças. A partir dos registros da primeira oficina e das entrevistas, foi realizada uma leitura em profundidade do material coletado – uma imersão no universo dos sujeitos pesquisados. A seguir, foi realizada uma leitura transversal para identificar categorias analíticas, ajustando as pré-categorias ou incluindo subcategorias, quando necessário, além de selecionar as informações relatadas pelos vários participantes em relação a cada uma delas.

A formulação de categorias analíticas consistiu no processo de codificação, que, nas palavras de Paulo Freire, se trata da representação de uma situação existencial, nas dimensões significativas de sua realidade, ou seja, “uma situação problematizadora a que se seguiria a discussão de seu conteúdo” (FREIRE, 1987, p. 118). Ainda refere o autor que a codificação permite a “mediação entre o ‘contexto concreto ou real’ em que se dão os fatos e o ‘contexto teórico’ em que são analisadas”, sobre as quais educador e educando “incidem sua reflexão crítica” (FREIRE, 1987, p. 109). Parte da codificação foi feita pela pesquisadora; outras codificações puderam ser feitas coletivamente ou validadas nas reflexões ocorridas nas sessões do “Círculo de Cultura”. A cada categoria foi associado o conjunto de expressões manifestas pelos participantes, as quais apresentavam características similares ou complementares.

A descodificação “é a análise crítica da situação que foi anteriormente codificada, quando os seres humanos exteriorizarão sua visão do mundo, sua forma de pensá-lo” (FREIRE, 1987, p. 98). Nessa fase, que ocorre dentro do “Círculo de Cultura”, “os educandos são desafiados, através da problematização da situação existencial anteriormente codificada, a exteriorizar seus sentimentos e opiniões de si, do mundo e dos outros” (FREIRE, 1987, p. 112, 113). É a ocasião em que o participante se instrumentaliza para possibilitar uma ação reflexiva do seu processo de trabalho; é o momento da práxis. Para o âmbito desta pesquisa, significa a síntese descritivo-analítica feita pela pesquisadora, em conjunto com os participantes, com

base nas categorias formuladas e fundamentadas teoricamente, às quais foram acrescentadas reflexões críticas dos participantes da pesquisa.

Segundo Freire existe ainda uma etapa posterior, chamada de “Desvelamento Crítico”, na qual acontece a reflexão que permite o descobrimento da realidade e que procura substituir a visão parcial dessa realidade pela visão global da mesma. Esta etapa é o momento de pensar em alternativas e hipóteses de soluções para os problemas elencados, permitindo a análise da viabilidade das ações propostas. É quando se percebe que toda a ação sofre a interferência de condicionantes que possibilitam, ou não, a sua execução. Esta etapa foi destacada nas sínteses analíticas, quando identificadas, pois, apesar de, logicamente, o desvelamento crítico ser o momento culminante do processo, ele pode ocorrer durante qualquer sessão do “Círculo de Cultura”, ou, até mesmo, pode não acontecer.

5.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa obedeceu rigorosamente aos princípios éticos estabelecidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foi distribuído a cada profissional o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e obtido o consentimento de todos os participantes da pesquisa nos termos explicitados no Apêndice 2. O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética da instituição onde ela foi realizada (Apêndice 3) e ao Comitê de Ética da UFSC, sendo aprovado em ambos. Além disso, foi solicitada autorização para a utilização de gravador nas entrevistas e nas sessões do “Círculo de Cultura” e, ao final da pesquisa, aos profissionais foi possibilitado o acesso ao material relacionado com a sua participação no estudo.

Os participantes não tiveram nenhum ônus no desenrolar da pesquisa. O material coletado e registrado nas fitas-cassete e as suas transcrições estão sob responsabilidade da pesquisadora, arquivados na sua residência, para qualquer necessidade de acesso aos dados, por um período de cinco anos, quando, então, serão destruídos.

6 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos nos três momentos de coleta de dados foram organizados em categorias analíticas, destacando as opiniões dos participantes da pesquisa e interpretadas com base no referencial teórico escolhido e, quando necessário, em outros aportes teóricos. Os resultados inseridos em cada grande categoria foram, em alguns casos, desdobrados em subcategorias.

6.1 O trabalho na equipe multiprofissional que cuida de sujeitos com doença pulmonar obstrutiva crônica

Esta categoria foi dividida em quatro subcategorias: os papéis dos diferentes profissionais; a equipe e o papel da liderança; a percepção da importância do trabalho em equipe; e a necessidade de não perder a coesão original.

6.1.1 Os papéis dos diferentes profissionais

Considerando-se a teorização acerca do processo de trabalho em saúde e do trabalho em equipe multiprofissional, estudiosos do tema, como Campos (1992, 1997), Matos, (2005), Pires (1998) e Peduzzi (2001), destacaram a existência de dificuldades para a realização de um trabalho que supere a justaposição ou compartimentalização de ações e que caminhe no sentido de uma prática interdisciplinar. Verifica-se, muitas vezes, a justaposição de ações como na “equipe agrupamento” apontada por Peduzzi (2001) e, também, a “compartimentalização da assistência” com duplicidade de ações e decisões contraditórias sobre o mesmo fato, além de conflitos e disputas de poder entre as diversas categorias profissionais, como apontado por Pires (1998; 1999).

Segundo os autores mencionados acima, o fenômeno tem múltiplas causas e, considerando-se a realidade encontrada nesta pesquisa, é possível acrescentar alguns elementos que contribuem para as dificuldades do trabalho em equipe, tais como: o desconhecimento dos diversos componentes da equipe multiprofissional em saúde a respeito de seus pares; a subjetividade de cada profissional; as diversas possibilidades de cada olhar profissional para o objeto de trabalho compartilhado pela equipe; e a falta de reflexão sobre os objetivos e as finalidades do trabalho levantadas pelos diferentes profissionais no espaço do trabalho coletivo.

Em relação à atuação dos diversos profissionais na equipe estudada, os participantes da pesquisa responderam que o enfermeiro e o médico pneumologista são responsáveis pela educação em saúde, que o médico do esporte é responsável pela avaliação dos pacientes, que o médico pneumologista é também agente indutor da reabilitação, que o psicólogo trata da conscientização e aceitação, pelo doente, da sua situação de saúde e o fisioterapeuta é responsável pelos exercícios respiratórios. Nota-se, igualmente, que, apesar de se manifestarem de formas distintas, cada integrante da equipe identifica o seu papel no âmbito do atendimento prestado ao sujeito com DPOC, sendo que alguns apontaram, também, o papel dos demais profissionais no conjunto do trabalho coletivo.

Eu sou uma pessoa que gosto muito de coisas relacionadas à natureza e isso tem a ver com o meu papel, porque trabalho muito com a tranquilização da ansiedade dos pacientes. Então, eu percebo assim, na medida em que eu estou tranqüila, isso ajuda o outro [sujeito com DPOC]³. (...) ⁴ A minha atuação é muito importante no sentido de ajudá-los assim. Dois aspectos básicos. Um, é lidar com o sintoma de dispnéia, a falta de ar, né?! Então, eu trabalho com eles com técnicas que auxiliam os pacientes a controlarem a ansiedade. E, outro, é na questão da depressão, basicamente e, nas limitações ocasionadas em razão da doença. Então eu trabalho com eles, assim, pra aceitar a limitação quando ela é irreversível, né!? (...) Então, estas questões são importantes, porque a partir do entendimento do quadro global do paciente é que eu vou saber onde é que eu vou ter que focalizar o aspecto psicológico (Ametista⁵).

Eu acho que a minha importância foi de trazer uma tecnologia nova e um lugar novo pra um grupo de pacientes. Além disso, tive a ajuda de outras

³ Será utilizado [...] para inclusões, pela pesquisadora, de expressões que auxiliem na compreensão do texto ou para excluir nomes, de modo a garantir o anonimato.

⁴ Será utilizado (...) para omitir pontos julgados irrelevantes para a categoria em análise.

⁵ Em prol da garantia do anonimato, a cada profissional da equipe estudada foi atribuído um nome fictício de pedras preciosas e semipreciosas.

peessoas, porque sozinho não se monta isso. (...). Assim como essa nave do cartão postal tem um objetivo e pessoas por trás trabalhando para alcançá-lo, este lugar seria a nave que nós montamos para os pacientes, com várias pessoas para dar condições de se alcançar o objetivo: melhorar as condições de vida dos pacientes (Água-Marinha).

Eu me sinto mais no papel de aprendiz do que no de ensinar. E, além disso, existem os colegas de trabalho, os estagiários, que são da minha idade, e eu sinto muita dificuldade, quando tenho de cobrar alguma coisa deles ou transmitir alguma ordem (...) Eu sei que, de alguma maneira, [mesmo] não dando o remédio que cura, eu sei que, no dia-a-dia, eu contribuo de alguma forma, pequena ou grande, para o bem-estar das pessoas. Nem que seja fazendo elas rirem um pouquinho, dentro do meu trabalho. (...) eu vejo como se eu tivesse levantando a bandeira da minha profissão, da minha área, dentro desses grupos, que seria a atuação do profissional de educação física na área da saúde e que também está buscando seu espaço, eu acho que tem sua relevância tanto na prevenção quanto no tratamento (Esmeralda).

Meu papel foi trabalhar pra criar uma estrutura e cativar pessoas, que normalmente não trabalhariam com isso, porque é um campo novo, a se interessarem e começarem a desenvolver suas carreiras também nesse tipo de atividade. (...) [como] psicólogos, educadores físicos, médicos do esporte, enfermeiros (...) Porque o papel do [médico] na reabilitação pulmonar é otimizar o tratamento clínico que a pessoa possa ter, classificar, para ver se essa pessoa pode se beneficiar ou não da reabilitação pulmonar, porque ela pode estar tão doente que não se beneficie ou pouco doente que também não se beneficie (Rubi).

O papel de cada um está bem definido aqui, o [médico pneumologista] é parte da avaliação, o desportista tem a parte definida muito ali na terapêutica, [e o fisiatra fica] mais com a avaliação ortopédica (Diamante).

(...) cada um sabe sua função dentro do grupo de reabilitação, já está acostumado (Zircônia).

Eu acho que a gente também faz este papel bastante de instruir. De estar longe e poder dizer: 'Olha, utiliza melhor, muda um pouquinho tuas atividades de vida, tu vai conseguir melhorar, tu vai te sentir melhor (Quartzo-amarelo).

Apesar de os profissionais que participam desta equipe multiprofissional refletirem pouco sobre seus papéis, de forma sistematizada na prática cotidiana, conforme mencionado por participantes da pesquisa, observei que eles, coincidentemente, estavam num momento de reaproximação e de resgate das inter-relações no grupo, até mesmo porque todos os integrantes acreditaram e participaram desta proposta de pesquisa que buscou investigar o tema com a participação ativa dos

membros do grupo: reflexão, síntese teórica e resultados na consciência coletiva do grupo durante o próprio processo de pesquisar.

Eu vou falar da visão que eu tenho tido e acho que algumas coisas mudaram, pois nós falamos em reabilitação desde 1998 e tem um aspecto que eu acho que mudou: o atendimento do grupo é uma coisa excelente, porque só agrega coisas, mas eu sinto que nós, como equipe, no ano passado, estávamos muito afastados. (...) Só que eu acho que nós temos de ter esse cuidado para conseguir buscar aquela unidade que nós tínhamos, porque eu sinto falta disso (Ametista).

Percebe-se, pelas diversas falas já destacadas, que há certa consciência de que o trabalho coletivo resulta das diversas contribuições profissionais. Este aspecto corresponde ao apontado por autores como Pires (1998); Peduzzi (2001); Campos (1992; 1997) e Capella (1998). Pires diz que o trabalho dos diversos profissionais de saúde é parte de um trabalho coletivo necessário para a assistência às pessoas com alguma carência de saúde. E que na prática hegemônica há uma certa subordinação ao trabalho médico mas que, não há um completo controle por parte da categoria médica em relação ao trabalho dos demais grupos profissionais. “Estes exercem seu trabalho com relativa autonomia em relação ao trabalho médico” (1998, p. 85).

Neste sentido, Campos diz que “trabalho em saúde para ser eficaz e resolutivo dependerá sempre de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública” (1997, p. 230), mas que, no entanto, majoritariamente, na prática em saúde ainda está vigorando, hegemonicamente, o modelo biomédico⁶.

Os dados obtidos apontam que, nesta equipe, existe um certo avanço em relação à fragmentação do trabalho. Há certa consciência de que distintos papéis e olhares contribuem para a totalidade da assistência aos sujeitos portadores de carência de saúde, salientando-se que os participantes da pesquisa não mencionaram a existência de conflitos de papéis, disputas de poder ou duplicação de ações como foi encontrado pelos autores acima mencionados na realidade de grande parte do trabalho

⁶ O modelo biomédico seria aquele pautado pelo paradigma clínico, que, para Mendes, “... tem suas bases assentadas num importante documento, produzido em 1910, que organizou um modelo de prática médica: o Relatório Flexner. A medicina flexneriana estrutura uma lógica tecnoassistencial baseando-se na doença e de intervenções através de processos de trabalhos informados pela clínica” (1993, p. 141).

institucional em saúde.

A equipe multiprofissional em pauta caracteriza-se por sentimentos de união e comprometimento com a melhoria da qualidade da assistência prestada. O trabalho de seus integrantes é desenvolvido num ambiente em que a liderança não parece ser exercida em um modelo autoritário. A liderança coordena a divisão de tarefas e responsabilidades buscando a participação do grupo e deixando cada profissional livre para exercer seu mister.

Campos afirma, ainda, que: “Em tese, o trabalho autônomo quase dispensaria chefia e demandaria, quando muito, coordenação, avaliação externa e supervisão para indicar correções de rumo eventualmente necessárias” (1997, p. 229).

Na categoria a seguir, tratamos da questão da “liderança” e como ela pode interferir na prática diária da equipe.

Nesta equipe multiprofissional, apesar de existirem amplas possibilidades de realização de um trabalho efetivamente interdisciplinar (principalmente pelas características e pela conduta do seu coordenador), percebe-se que os demais integrantes ainda enfrentam dificuldades para romper com o modelo de assistência dominante, o que, muito provavelmente, decorre da própria formação acadêmica por eles recebida e da realidade profissional existente (pautada em especialidades).

Semelhantes dificuldades foram verificadas por Aghiar (1998), Peret (2001), Denti (2000), Conill (2002) e outros, apud Scherer (2004), que estudou a equipe existente no âmbito do Programa de Saúde da Família, destacando, como pontos negativos, entre outros: o predomínio da “equipe agrupamento” e práticas sob forte influência do modelo assistencial hegemônico, falta de ações médicas voltadas à prevenção, o que contraria os princípios do Sistema Único de Saúde, resistência dos próprios membros da equipe às mudanças que seriam necessárias à efetiva implantação do referido programa, carência de planejamento da assistência, etc.

Vislumbra-se, assim, que o caminho para a efetiva interdisciplinaridade ainda é longo e tortuoso. E passa, invariavelmente, pelo próprio indivíduo encarregado da assistência, superando o natural temor do ser humano por aquilo que é novo e desafia a inércia.

6.1.2 Equipe e o papel da liderança

O trabalho desenvolvido numa equipe multiprofissional que exerce um trabalho interdisciplinar não prescinde, na prática, da existência de um “líder”. No entanto, este líder pode exercer sua “autoridade” de duas formas, coordenando o trabalho dos integrantes da equipe, em prol da melhoria da assistência prestada, ou hegemonicamente, ditando regras e delimitando espaços a serem ocupados pelos membros do grupo, também em prol da assistência. Pude observar que, na equipe multiprofissional estudada, a liderança é exercida por meio de coordenação.

Só que a gente prefere decidir num consenso, porque se eu for decidir sozinha eu vou afastar pessoas (...) que vão se sentir violentadas com a decisão (...) (Rubi).

(...) acho que [neste grupo de DPOC] está uma organização multiprofissional, onde tem uma interação, apesar de eu não ir direto ali durante a reabilitação, eu participei dessa fase de seleção deles, então sempre tem alguma dúvida, não só a [...] como o [...] e o [...] vieram conversar comigo (Diamante).

Isso, entretanto, não afasta a existência de alguns integrantes dela que, acostumados a exercerem suas atividades num ambiente hegemônico, acreditem que seja preciso exercer “o papel de líder”, podendo gerar conflitos nas inter-relações havidas no mesmo grupo. As transcrições abaixo demonstram nitidamente que o medo, a insegurança e a falta de confiança no trabalho do outro profissional podem seriamente prejudicar a qualidade da assistência prestada em equipes multiprofissionais.

Então eu acho que assim: eu tenho que assumir um pouco o papel de timoneiro para tentar que as coisas andem bem. E aí vem minha culpa, de que eu tenho que procurar sempre se não passam as coisas de forma correta por mim, acaba ficando um furo, né? Então (...), no grupo tem que haver o controle pra gente poder andar bem e conseguir chegar no outro lado que a gente está esperando pra atracar o barquinho. Eu botei o lado crítico e o lado que eu acho maravilhoso no barco. (...) Essa maneira da coisa andar com tranqüilidade faz uma coisa que eu tenho que buscar. Eu não sou assim. Quem está no grupo sabe que eu não sou assim. E, procurando ver o outro lado da figura, eu imagino que eu tenha que buscar isso. Isso é uma coisa que constantemente eu tento buscar Na opção ‘taqui’, estressada, algumas vezes ajuda, mas muitas vezes eu acabo levando as coisas na ponta da faca, né!? Então, eu acho que pra mim, numa autocrítica, eu imagino que eu possa, pelo barco, buscar mais tranqüilidade que eu não tenho. (Zircônia).

Eu (...) sinto, às vezes, que eu tenho que tomar decisões de comandante, de timoneiro, de ver pra onde realmente vai o barco. E eu tenho muita insegurança, muito medo, porque eu ainda me acho filho e não pai. Acho que aí é uma coisa mais de cima pra baixo do que de baixo pra cima, pelo menos eu encaro bem assim, a hierarquia do funcionamento (Esmeralda).

“Um dos principais segredos para assegurar a qualidade em saúde estaria na adequada combinação de autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidade para os trabalhadores”, diz Campos (1997, p. 229). Com base nisto, nota-se que as manifestações acima destacadas dos integrantes da equipe indicam o sentimento de algum(ns) de que a liderança deveria ser exercida de um modo mais vertical e, por outro lado, a percepção de que, ao se tomar uma certa decisão ou iniciativa no desenvolvimento do trabalho, se estaria invadindo competências e atribuições alheias, como se todo o trabalho em saúde devesse seguir o modelo tradicional.

6.1.3 A percepção da importância do trabalho em equipe

A partir dos relatos apresentados, evidenciou-se a satisfação dos profissionais com o trabalho em equipe e notou-se que a questão da interdisciplinaridade perpassou os discursos, mas não foi explicada.

Segundo Capella (1998), a valorização do sujeito trabalhador é de fundamental importância para concretizar um trabalho em saúde.

No trabalho de grupo, eu trabalharia da mesma forma, porque, se isso tem de ser bom para os usuários, terá de ser bom para nós. O processo de trabalho tem de ser bom para nós também, não só para eles (Zircônia).

Nota-se que os integrantes da equipe se sentem valorizados, sabem o lugar de cada um na engrenagem do grupo e demonstram interesse em conhecer as características pessoais dos outros integrantes da equipe e que o descontentamento em relação ao outro dificulta as relações interpessoais que precisam ser estabelecidas

dentro da equipe para que um trabalho efetivamente colaborativo seja prestado.

(...) estando aqui dentro a gente vai enxergar algumas formas de beleza e coisas feias, que é completamente diferente de uma visão de fora. Essa é outra coisa importante que eu tento cultivar nas relações do grupo, que eu tento me importar com as pessoas, mas, também, em alguns momentos, eu tento sair fora disso, para ter uma visão adequada de como é que nós estamos funcionando, de como é que estão nossas relações. (...) Todas as belezas que existem aqui não são obra de somente uma pessoa e, na realidade, se nós quisermos que todo mundo aja do mesmo jeito, nós não vamos chegar em lugar nenhum, vai ser um grupo que não [irá] para frente. Então, as peculiaridades de cada pessoa têm de ser respeitadas, as qualidades têm de ser muito incentivadas. (...) A gente está trabalhando numa situação na qual temos todas estas pessoas que se agregaram e que estão fazendo o grupo evoluir, com visões que, até agora, a gente nem imaginava que poderia ter. (...) Bom, isso é o que eu acho da situação de grupo: respeitar a diversidade, dialogar, ter uma visão de fora e dentro e dar tempo para as pessoas. (...) Eu não costumo levar as coisas para o lado pessoal, portanto eu pretendo passar para as outras pessoas é que nós temos que ser autocentrados (...) E assim vai, o que eu quero é que o nosso grupo cada vez mais cresça (...) É! Pelo entusiasmo, pela capacidade de desprendimento que eles tiveram durante boa parte, e ainda têm, da formação do nosso grupo, né!? E pelo entusiasmo deles (Rubi).

O grupo, para mim, é tudo. (...) Sozinho não se chega a nenhum lugar (...) Desde que se começa um trabalho em grupo, devemos ter em mente que um depende do outro (...) (Diamante).

(...) conhecendo a cada dia um pouco mais da equipe, por ser novo ainda na equipe, justamente a segurança que a equipe me dá, de manter a sintonia, a transmissão do sinal, tudo o que é necessário para eu estar aqui, trabalhando (Quartzo-amarelo).

(...) o objetivo do grupo também é mostrar o que está sendo estudado e que resultados a gente tem encontrado com isso. Eu acho que neste aspecto que se busca realmente é, com cada estudo, implementar o programa e ir melhorando cada vez mais (...) é sempre enriquecedor trabalhar em equipe. Mas quanto maior a equipe, maior é o cuidado, porque são mais pessoas e são cabeças diferentes. Então, a gente tem que estar mais afinado, acho que as reuniões têm que ser realmente sistemáticas (Ametista).

A gente consegue conversar sempre, discutir as coisas de forma coerente. Se tenta de um jeito, se aquilo não deu certo, se tenta de outro e (...) a gente tem bastante trabalho. Acho que bastante produção, [do] ponto de vista humano, né? E bastante produção [do] ponto de vista científico. Acho que é isso. É uma coisa boa do grupo (Zircônia).

Estas reflexões, além de mostrarem a consciência da importância do trabalho em equipe, mostram aproximações deste grupo com práticas colaborativas e

integradoras.

Apesar das dificuldades apontadas acima, vislumbro que esta equipe tem certa identidade com a “equipe integração”, caracterizada por Peduzzi (2001) como aquela equipe na qual os profissionais que a integram atuam de modo interligado, dialogando sobre a prática diária, o planejamento da assistência, o trabalho desenvolvido, etc.

6.1.4 A necessidade de não perder a coesão original

A equipe destacou positivamente a coesão de idéias do grupo, transparecendo a identidade entre elas, a experiência de prática conjunta e o respeito mútuo, inclusive no que tange à reestruturação e ao acolhimento de novos profissionais.

Eu considero essas dificuldades mais como um desafio, que ajuda a ficar melhor, porque, quando cai muito na rotina, começa a desmotivar. E foram muitos desafios, porque a gente começou numa salinha que era uma coisinha de nada, e sem dinheiro, sem nada! Os quatro começaram e [continuaram] indo (...) até estar num grupo bastante bem montado. Isso é bom! (Rubi).

Os trechos a seguir demonstram a consciência de que a perda da união e de sentimentos já conquistados pela equipe pode comprometer o trabalho realizado, havendo, pois, uma necessidade de resgatar o que anteriormente foi relevante no processo de criação e desenvolvimento do grupo e que foi perdido por ocasião da mudança para o atual espaço físico. A mudança correspondeu, também, à ampliação da equipe e do trabalho desenvolvido. Aumentou o número de profissionais na equipe e os desafios envolvidos no trabalho deste grupo, como, por exemplo, a disposição de investir no crescimento da produção científica.

Segundo Urbanetto (2002), a existência de harmonia, confiança e segurança entre os membros de um grupo fortalecem a equipe e facilitam que o cuidado aos sujeitos portadores de carência de saúde seja prestado com maior eficiência.

Eu não sei até onde irá, mas também eu não pretendo, num grupo como o nosso, construir um projeto que [se] inviabilize só por causa da grandiosidade (...) Normalmente, quando a gente está imerso dentro de uma mudança, a gente começa a ficar ansioso, porque, se não mudar logo, dá a impressão que não está acontecendo nada, mas, na realidade, estão

acontecendo muitas coisas. (...) No ano passado, a gente perdeu o pé, como eu já tinha te falado na entrevista, porque a gente mudou de área, aumentou muito. A gente ficou assim, meio perdidos! E, nesse ano, a gente está resgatando de novo essas coisas dentro da nossa evolução (Rubi).

Então, como eu já tive essa outra experiência, assim, em termos de sentimento, é uma coisa que eu sinto falta, porque a união era maior. Então, eu acho que a gente tem como buscar isso. E equipes grandes, às vezes, têm outras dificuldades, começa no horário, uma série de coisas. (...) até porque o número de pacientes é muito grande, então a gente não consegue ter essa troca com todos eles, é inviável. (...) [Eu] achava que os pacientes se sentiam muito constrangidos, pelo fato de na reabilitação ter muitas pessoas, né? Muitos estagiários. E aí, no grupo com os pacientes, eu abordei essa questão. E a resposta que elas me deram foi bem ao contrário. Que o fato de ter pessoas, cada um com uma pessoa, praticamente, deixava eles seguros, porque eles sabiam que estavam sendo monitorados. (...) Houve um período em que houve um certo distanciamento da equipe, por conta do crescimento, da reorganização do grupo. Mas, a gente vem trabalhando (...) a gente até traz algumas questões, de repente a questão da produção científica, a gente também tem essa preocupação. (...) Eu comentei, até, na outra reunião que com a questão da ampliação da equipe houve, não sei se foi bem um afastamento, mas eu acho que não chegou a ser um afastamento. Mas era dificuldade de nós conseguirmos unir todos os profissionais. Mas isso a gente já está fazendo esse ano. Conseguimos retomar as reuniões semanais, isso está sendo muito bom (Ametista).

(...) eu me coloco também neste ponto, porque acabam tendo estagiários, pessoas importantes, que a gente não consegue, como aumentou o número de pacientes trabalhando ao mesmo tempo, a gente não consegue dar conta de todos (Água- Marinha).

No começo, tiveram alguns problemas, mas não diretamente ligado a mim, alguma coisa de fase de transição, mas agora acho que está todo mundo trabalhando bem; não está acontecendo nenhum problema interno (Diamante).

E o ambiente era pequeno, então a gente veio pra cá e a coisa se ampliou (...) Então [a gente] ficou um pouco perdido e a gente está tentando (...) colocar contínuo, pra evitar que fiquem grupos no mesmo tempo e grupos no outro tempo (Zircônia).

Como visto, a equipe em tela começou a enfrentar problemas decorrentes da ampliação do espaço físico no qual o trabalho é prestado, do aumento do número de integrantes da equipe e do crescimento da demanda. Esses problemas, num primeiro instante, desembocaram na dispersão dos seus membros. Entretanto, em seguida, a própria percepção deles de que isso estava ocorrendo fez com que buscassem fortalecer a coesão interna da equipe, circunstância que não pode deixar de ser louvada

como positiva para o crescimento e amadurecimento da equipe. É este, aliás, mais um indício de que a equipe tem potencialidades, ainda não totalmente exploradas, para colocar em marcha um trabalho realmente interdisciplinar.

6.2 O objeto de trabalho e o produto da prática da equipe

Esta categoria inclui a reflexão sobre quais são o objeto e o produto do trabalho da equipe e a sua manifestação a respeito das necessidades e sentimentos dos sujeitos cuidados.

6.2.1 O objeto e o produto do trabalho da equipe

Nos diferentes discursos, percebemos que os diversos profissionais apontam que o seu objeto de trabalho dentro da equipe multiprofissional é o grupo de sujeitos cuidados. Esse achado corresponde ao mencionado por Pires (1998, 1999, 2000) de que o objeto de trabalho dos profissionais de saúde são os indivíduos doentes ou os grupos populacionais com carências de saúde, necessitando de assistência curativa, preventiva ou de medidas de reabilitação.

Quando perguntados sobre o que seria o produto do trabalho da equipe, verificamos que, nas respostas, há referências a aspectos que se identificam mais com a *finalidade* do trabalho, que seria, de acordo com Pires, “a ação terapêutica da saúde” (1998, p. 161).

Peduzzi destaca que,

Por meio da execução de atividades próprias de sua área profissional, cada agente opera a transformação de um objeto em um produto que cumpre a finalidade colocada, desde o início, como intencionalidade daquele trabalho específico (2001, p. 104).

Está ínsita em cada profissional essa íntima relação existente entre o produto do trabalho em saúde e o cumprimento da sua finalidade, os quais, em teoria, podem ser

didaticamente delimitados, mas que, na prática diária, são vistos de modo coincidente.

*Então, o **objeto** do meu trabalho, que deveria ser o paciente individualmente, pela circunstância [desta cidade], não pode ser esse. Então meu objeto de trabalho mesmo é o grupo, ou seja, eu trabalho o grupo e através do grupo o paciente é trabalhado (Rubi).*

*O meu **objeto** de trabalho são os meus pacientes (...) O **produto** é o que eu posso acrescentar pra eles. (...) O resultado disso é a melhora deles. Deles, estarem motivados pra virem e responderem bem (Quartzo-rosa).*

*O **resultado** eu acho que é perceber que dessas avaliações que a gente faz antes dos grupos, depois, são refeitas as avaliações, quando eu comparo, eu consigo ver se eu estou **produzindo ou não o efeito** (Esmeralda).*

*O meu **objeto**, acho que, nesses casos específicos, onde tem alguma alteração osteomuscular (...) O **produto** dessa minha avaliação seria uma modificação, por exemplo, em maus hábitos posturais e uma otimização do trabalho, principalmente de força muscular neles (Diamante).*

*Meu **objeto** de trabalho na equipe é o paciente! (...) **Produto**, , seria poder avaliar esse paciente pra ele poder começar o programa de reabilitação e sair deste programa de reabilitação com **algum benefício**. (Zircônia).*

*(...) a **idéia básica** é a melhora da qualidade de vida desses pacientes (Ametista).*

6.2.2 A identidade com as “necessidades e sentimentos” do sujeito cuidado

Segundo Capella (1998), se o sujeito não é considerado em sua integralidade, não somente no que se refere à doença, mas, também, no que tange ao seu passado, à sua família, o trabalho de assistência se torna incompleto. Na equipe, constatei que o sujeito cuidado é valorizado, havendo um grau de empatia de seus integrantes para com os sujeitos cuidados, em prol de uma melhor qualidade de vida deles, o que, de um certo modo, está de acordo com o que Capella afirma com relação à consideração de todos os aspectos do sujeito cuidado (nos níveis formal, social e individual).

Vejamos, por exemplo, essas passagens:

Tudo o que a gente dispensa para os usuários em forma de cuidado, de carinho, de alguma atenção, eles também dão o retorno para gente (Quartzo-rosa).

Eu acho que para o grupo e para os pacientes, por enquanto, o melhor que eu estou fazendo é me colocar na situação deles, pra tentar ajudar. Nem acho que eu tenha tanta condição de os ajudar. Acho, até, que eu preciso

mais de ajuda do que eles, às vezes. Mas é isso. Eu estou sempre aberto pra me doar aqui dentro do IME (Esmeralda).

O desejo de produzir o bem comum é uma característica marcante nesta equipe multidisciplinar. Parece que o respeito, a preocupação e o desejo de melhora dos sujeitos cuidados são exatamente o que motiva esses profissionais a continuarem realizando o trabalho no grupo. Aponta-se aí a necessidade do grupo de se conhecer melhor, para aprimorar suas inter-relações e, com mais eficiência, melhorar a qualidade de vida dos sujeitos com DPOC.

Primeiro, nesta foto aqui, a gente vê a complexidade que é o nosso planeta e essa complexidade se mantém há milhões de anos, sempre evoluindo, porque, tanto a natureza, como as idéias, surgiram da cabeça do homem e fizeram com que nós estivéssemos neste ponto agora. Não seria justo para mim, uma pessoa que nunca passou fome, que foi educado em colégios bons, que nunca passou frio, que nunca tive nenhuma dificuldade maior, passar por isso aqui sem tentar deixar alguma contribuição. (...) Na realidade, esse planeta aqui se transforma todo o dia. E todo o dia a gente tem de trabalhar para que ele se transforme. (...) Eu tenho de chegar no fim do dia e achar que me esforcei suficientemente para fazer tudo o que precisava ser feito. Se tudo o que precisava ser feito, não foi feito, bom, aí não foi culpa minha. Não foi porque eu não quis; foi porque não deu, o que é uma coisa bastante comum, mas eu me esforcei pra isso. E, no outro dia, se começa de novo (Rubi).

Tento ser, e, às vezes, eu me encaixo naquele perfil de pessoa: motivador, alegre, que conversa bastante. Mas, muitas vezes, não é assim que estou me sentido. Mas é isso que eu passo, de qualquer maneira, para os outros, para os pacientes (Esmeralda).

É de extrema relevância a circunstância da equipe não se visualizar dissociada das necessidades dos sujeitos portadores de carência de saúde, principalmente quando os profissionais falaram dos atributos da equipe multiprofissional e das suas próprias características pessoais no âmbito grupal, tendo sempre em mente a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida dos indivíduos submetidos à reabilitação pulmonar.

Essa idéia identifica-se com o que autores como Ribeiro (2005), em sua tese de doutoramento, tem chamado de *vínculo*, o qual, no âmbito do PSF (para cumprir os princípios e objetivos do SUS), não pode ser interpretado de outra forma que não seja

“um vínculo de compromisso e de co-responsabilidade” dos integrantes de uma equipe multiprofissional com os sujeitos portadores de carência de saúde. Este vínculo implica, ainda, no entender da autora, que as práticas de saúde não sejam efetivamente pautadas pelo modelo biomédico. A investigação feita por Ribeiro baseou-se na seguinte tese:

As relações que médicos e enfermeiras estabelecem com usuários (individual e coletivo) numa dada realidade de PSF, constituem-se como ‘vínculo requerido’ quando conseguem demonstrar-se impregnadas pelas (novas) formas relacionais apontadas para o PSF como um todo e alcançar as finalidades estratégicas a ele atribuídas (2005, p. 22).

O vínculo (a ser construído não só para os fins do PSF, mas, também, para o desenvolvimento do trabalho em equipes de saúde em geral, como a desta pesquisa – que realiza reabilitação pulmonar em sujeitos com DPOC) deveria ser muito mais do que uma relação de estar disponível para compreender as necessidades e vivências de quem busca assistência de saúde, constituindo-se mesmo num compromisso do profissional de saúde com o seu objeto de trabalho.

No que diz respeito a essa pesquisa, percebe-se que os profissionais da equipe estabelecem, mesmo não estando prestando assistência no âmbito do Programa Saúde da Família (PSF), um certo vínculo com os sujeitos com DPOC, o qual se constitui num alicerce capaz de embasar uma prática efetivamente interdisciplinar, ainda mais que a referida equipe, como já dito acima, apesar de possuir fortes características de “equipe agrupamento”, caminha no sentido da idéia de “equipe integração”.

Algumas características podem ser destacadas para explicar a aproximação desta equipe com a “equipe integração”, no sentido elaborado por Peduzzi (2001), e de aproximação com uma prática interdisciplinar como preconizada por diversos estudiosos a qual é prevista como imprescindível para a construção de um novo modelo assistencial em saúde, no sentido do “modelo sanitário⁷”.

⁷ Segundo Mendes, “o paradigma sanitário reflete uma concepção ampliada de processo saúde/doença e, ainda que não negue a importância do trabalho clínico, subordina-o a uma organização do processo de trabalho, o trabalho sanitário, que tem suas raízes na epidemiologia, sua disciplina fundamental (...) propõe-se, aqui, a utilização da epidemiologia conforme a ‘estratégia populacional ou de saúde pública’, que coloca os esforços na transformação das condições de vida de grupos de populações e na modificação de sua situação geral de saúde” (1993, p. 142).

Peduzzi (2001, p. 107) diz “que, na situação de trabalho coletivo em que há menor desigualdade entre os diferentes trabalhos e os respectivos agentes, ocorre maior integração na equipe”, o que corresponde a realidade do grupo estudado que envolve diferentes profissionais da saúde com o mesmo grau de formação técnica.

Primeiramente, destacamos a existência desse vínculo com os sujeitos portadores de carência de saúde, inclusive no sentido de ouvi-los e de considerá-los integralmente (não somente sob a ótica da reabilitação pulmonar, mas, em prol dessa reabilitação, como seres humanos globais, com características individuais, familiares, sociais e históricas).

Além disso, há o fato de não percebermos, na maioria de seus discursos, a influência hegemônica da Medicina; ao contrário, o trabalho é desenvolvido sem hierarquia, mesmo que, como salientado anteriormente, ainda se note certa fragmentação do trabalho.

Outra característica a ser destacada é a comunhão de objetivos em relação ao trabalho e a disposição de debater e entender coletivamente a finalidade do trabalho em equipe, propiciando a complementaridade dos papéis de cada membro, especialmente, quando isto é estimulado por uma coordenação democrática. Neste sentido, o papel da liderança do grupo é fundamental.

No entanto, é importante que destaquemos que, mesmo considerando-se a tipologia organizada por Peduzzi (2001) e a minha identificação com um trabalho em equipe, num sentido integrador e colaborativo, não há um tipo perfeito de equipe: toda realidade é uma totalidade formada por aspectos positivos e negativos. A conquista de um ponto engendra o surgimento de seu contrário. Dessa forma, pode-se afirmar que na equipe em tela existem elementos de aproximação com um trabalho mais integrado e participativo e elementos de aproximação com a compartimentalização da assistência. A superação de um paradigma não é automática, mas, sim, lenta e gradual; além disso, o processo não será estanque, levando a realidade a um re-equilíbrio constante.

6.3 Satisfação no trabalho

Em relação a essa categoria, os indivíduos entrevistados se sentem gratificados com a simples presença dos sujeitos com DPOC para a realização da reabilitação pulmonar e relatam que se sentem desmotivados, quando há abandono do programa de reabilitação pelos pacientes e falta de conscientização quanto à importância desse programa.

As situações em que eu me sinto valorizada são situações onde, como profissional, por exemplo, acho que a forma como os pacientes me cumprimentam, na sala de espera, é uma das formas da valorização e de ver a alegria que eles têm no contato, de encontrar pessoas, de fazer coisas importantes no desenvolvimento deles (Ametista).

(...) eles criam uma ligação que eu acho que pra eles fica até difícil de desligar depois quando termina o programa (...). Assim, neste sentido, acho bem gratificante (...). Essa resposta que eles dão pra gente (Quartzo-rosa).

Bom, valorizado é quando tem algum paciente que a princípio não poderia [praticar] atividade física, devido [à] alguma alteração osteomuscular, e a gente consegue adaptar que ele faça, pelo menos, parte do trabalho sem risco pra ele (Diamante).

O que a gente vê é aqueles pacientes que começam mal, chorando, depressivos e que terminam o programa com outra cabeça. E são pacientes completamente diferentes no início e no fim. Isso é uma valorização (...) A gente já teve perda, com óbito no meio do processo (...) Talvez desvalorizado pelos pacientes que vem e que não valorizam. Eu diria que (...) é uma característica dos DPOC, pacientes meio revoltados (Zircônia).

Essas manifestações confirmam o alto grau de empatia existente entre os profissionais que integram a equipe que realiza reabilitação pulmonar e os sujeitos com DPOC e reafirmam o comprometimento da equipe com o seu objeto de trabalho e com a finalidade dele. Se ainda há fortes reminiscências do modelo biomédico, também é certo que, nesta equipe, o foco está voltado para o sujeito portador de carência de saúde. O vínculo está sendo construído.

Percebe-se também que a conquista de bons resultados no trabalho, nas situações em que as finalidades do trabalho são atingidas, é o principal motivo de satisfação mencionado pelos integrantes da equipe, o que se aproxima do que Marx

(1985) menciona sobre o trabalho humano, visto que as pessoas idealizam previamente os resultados que esperam obter em determinado processo. Dessa forma, essa relação entre o trabalho e a sua obra, aliada à participação criativa dos integrantes no processo de trabalho da equipe, conduz à satisfação profissional.

6.4 A visão da equipe sobre interdisciplinaridade

A questão da interdisciplinaridade foi o principal tema abordado no último momento de reflexão. Os profissionais investigados acreditam desenvolver uma prática interdisciplinar na equipe de reabilitação pulmonar. A interdisciplinaridade constituiria-se na troca de informações acerca dos sujeitos com DPOC, que ocorre, principalmente, durante as reuniões semanais, o que é uma preocupação constante no grupo. Mas, de acordo com Silva et al. (1996, p. 110), a interdisciplinaridade é definida como a

interação entre duas ou mais disciplinas, realizada na experiência concreta que promova a integração mútua de conceitos, métodos, procedimentos, terminologia e campos do conhecimento.

Os profissionais conhecem uns aos outros e afirmam que sabem o que seja interdisciplinaridade. Dizem que ela é vivenciada no grupo, mas, ao mesmo tempo, quando indagados sobre esse assunto, nem todos se posicionam claramente e têm uma atenção voltada apenas para o momento posterior à assistência, não a praticando durante os atendimentos dos indivíduos com DPOC. Nota-se, dessa maneira, que a assistência, em verdade, é compartimentalizada e que os profissionais se reúnem para discussão dos casos, quando surgem problemas no decorrer do processo de cuidar.

O que é interdisciplinaridade? Uma questão de troca, onde a gente possa pensar o paciente de uma forma integrada, vendo como os profissionais de diversas áreas estão enxergando aquela mesma pessoa. Então, a gente tem feito isso nas reuniões de sexta-feira. (...) A gente procura bastante discutir as questões dos pacientes e eu acho que isso é uma forma integrada. (...) Então, eu lembro de um caso em especial que era um paciente jovem que queria fazer muito exercício (...) [de] musculação e várias [outras] coisas e, tinha uma contra-indicação médica muito clara, porque ele tinha problemas

muito graves, podia vir a morrer durante o exercício. Então essas trocas a gente procura realmente fazer em relação aos pacientes. (...) Então a gente procura trocar as informações de área (...) Eu acho que o trabalho multidisciplinar, multiprofissional, é extremamente importante. Na verdade, a gente sempre teve uma visão mais que multiprofissional e interdisciplinar, né? Que é sempre poder ter reuniões onde a gente (...) tenha troca sobre os pacientes, a gente consiga (...) extrapolar, especificamente, a minha visão psicológica da situação. E tu ter uma compreensão mais ampla. Então, eu acho que esta questão da interdisciplinaridade é extremamente importante (...) a gente procura sempre (...) fazer com que o paciente fale, mas, ao mesmo tempo, eu reforço isso em reunião pra gente tentar entender o que está acontecendo com ele. E tem a questão da integralidade... (Ametista).

O que eu vejo é [que] a gente procura (...) fazer essa interdisciplinaridade, quando a gente, no caso, trabalha no dia-a-dia com eles, não só na avaliação inicial e na final. É que, quando surge algum problema que a gente não consegue resolver, que entra na área médica, que entra na área da psicologia, que entra na área da enfermagem, aí a gente solicita (Água-marinha).

Então, eu saí, fui para uma parte secundária, onde a gente trabalha os pacientes, enquanto eles estão aqui, dou orientações técnicas, desenvolvo técnicas junto com o educador físico, com o fisioterapeuta, com a psicóloga. Compartilhamos isso, discutimos, fazemos uma outra síntese e, a partir daí (...), a gente trabalha. (...) Qualquer conduta nova que é colocada é discutida em grupo, seja qual for a área. E a gente faz isso, reunindo-se periodicamente. E nós não somos transdisciplinar ainda, mas talvez um dia consigamos ser (Rubi).

Eu acho bem bacana, e acho que dá pra aprender mais ainda por essa liberdade que os profissionais dão, essa facilidade de, de repente, entender que não vai perder espaço, vai agregar mais conhecimento (Esmeralda).

As reuniões semanais constituem-se em momentos de troca, nos quais são discutidos, em grupo, os problemas surgidos durante os atendimentos. Estes momentos também são entendidos pela equipe como o espaço no qual é realizado o planejamento da assistência na equipe de reabilitação. Atualmente, essas reuniões estão sendo realizadas com frequência e o grupo está conseguindo efetivar o cronograma de pesquisa estipulado no início do semestre.

A efetivação de uma prática em saúde realmente interdisciplinar perpassa muitas questões, desde as características individuais daqueles que integram a equipe multiprofissional até a aceitação pelos próprios sujeitos com carência de saúde de que o problema por eles vivenciados não encontra solução apenas em um lugar, o hospital,

e com somente uma pessoa, o médico.

Obviamente, a interdisciplinaridade envolve o planejamento da assistência que será prestada pela equipe multiprofissional. Indubitavelmente, a um bom planejamento não se resume um trabalho prestado interdisciplinarmente. Interdisciplinaridade envolve várias facilidades e dificuldades no desenvolvimento do trabalho em equipe, desde a formação acadêmica do integrante da equipe, suas características e valores pessoais, a qualidade das inter-relações na equipe, o rompimento com modelo hegemônico biomédico, a busca da integração do grupo, o entendimento da complexidade do processo saúde-doença, até a própria aceitação dos sujeitos com carência de saúde.

Mesmo que na coleta de dados tenha sido verificada a percepção dos integrantes da equipe multiprofissional de que a interdisciplinaridade estaria presente nas reuniões em que seriam discutidos casos específicos (que demandassem discussão em virtude da constatação de algum problema a ser resolvido, ou dificuldade a ser superada), percebe-se que eles têm preocupações que superam este aspecto ao incluir a importância do planejamento da assistência, o que é positivo e avança no sentido apontado na teoria.

Durante a realização das entrevistas, houve um momento de questionamentos em que os profissionais opinaram para a melhoria da assistência. Os fatores apontados foram: realização de um fluxograma para melhor informar o paciente acerca da maneira com será realizada a assistência, aumento do tempo nas avaliações dos pacientes, inclusão da área nutricional e um programa de educação continuada para as famílias dos pacientes com DPOC.

Quando questionados sobre o que seria um trabalho ideal, a maioria dos profissionais relatou que essa equipe de reabilitação pulmonar deveria servir de modelo para outros grupos de reabilitação, formando um grupo multiprofissional e que se deveria propor a prestar uma assistência integral aos sujeitos portadores de carência de saúde. Esse seria um trabalho ideal, mesmo considerando-se suas vicissitudes e desafios.

Que a gente conseguisse formar um grupo tão multidisciplinar que a gente pudesse englobar todas as partes do paciente e dar a ele condições de ele ter boa convivência, né?! Melhorar sua qualidade de vida e que isso pudesse

ser repetido, ser reproduzido por outros centros, né?! (Zircônia).

Destacaram, ainda, que o grupo tem uma boa produção científica e estabelece boas relações humanas e que outros grupos e programas deveriam se espelhar no exemplo dessa equipe.

Isso reforça o que foi dito anteriormente, no sentido de que há uma constante busca pela integração da equipe, no sentido de fortalecer a produção científica (mesmo que, como ressaltado abaixo, isso também tenha o objetivo de incrementar os recursos financeiros disponíveis), de ampliar as profissões que fazem parte da equipe, de se preocupar em efetivar ações de saúde pautadas pela integralidade, inclusive com relação à inclusão da família dos sujeitos portadores de carência de saúde no processo de reabilitação pulmonar.

A gente se reúne com frequência para discutir problemas de alguns pacientes, especificamente, e para discutir nossos trabalhos. Através dos trabalhos, nós podemos então, saber como é que o grupo está andando e quais são as dificuldades, e aí propor soluções, que em princípio, partem de algum estímulo, de criar alguma coisa nova através de concepções de trabalho científico (Rubi).

E, mais ou menos, as atividades são organizadas, cada um já sabe o que tem que fazer, quando o paciente chega, ele passa pela avaliação, cada um faz a sua parte (...) E a gente discute bastante o caso dos pacientes na reunião (Quartzo-rosa).

De organização, deveria ter um fluxograma, que é o que, mais ou menos, a gente faz aqui, onde (...) o paciente (...) já saiba, por exemplo 'ah, vai passar por esse ou por aquele, todos os profissionais (Diamante).

E, no dia-a-dia aqui dentro, a gente discute (...) o que fazer com o paciente, que atitude tomar, como intervir com aquele paciente, o que está acontecendo, se a gente pode mudar (Zircônia).

6.5 Condições de trabalho: ambiente físico, equipamentos e salário

Os aspectos destacados abaixo demonstram a valorização dada pela equipe ao

ambiente físico que dispõe bem como mencionam os equipamentos são adequados para a realização dos atendimentos prestados aos sujeitos portadores de carência de saúde.

As condições de trabalho, do ponto de vista de área física e equipamentos, são excelentes. (...) Estamos entrando em vários editais de pesquisa ou de desenvolvimento de tecnologia pra ver se a gente consegue começar a ter verbas, porque a instituição permitiu que esse grupo funcionasse (Rubi).

Eu acho que em termos de equipamento, material, área física, está perfeito (Quartzo-rosa).

Tem coisa que a gente pede que facilitaria o trabalho (...), mas não posso reclamar de nada, pois com o que tem aqui, o trabalho que é proposto dá pra ser bem feito (Esmeralda).

Acho que a gente tem uma sala de trabalho ótima, a gente tem consultórios ótimos, tem um modo de avaliação dos pacientes nota dez (Zircônia).

Em relação ao salário, foi citado que a diferença de remuneração é considerada normal (em razão da carga horária e do desempenho de diferentes funções), mas também foi pontuado que há injustiça na remuneração, a qual é distinta em diferentes áreas da saúde, circunstância para a qual já estão sendo buscadas alternativas para a sua equalização, como, por exemplo, o engajamento em programas de pesquisa oficiais.

Não é um salário bom, mas também não é um salário ruim a ponto de desestimular. A realidade aí fora está pior! (Rubi).

Em relação ao salário, eu acho que é pouco valorizado pelo que se sabe do mercado, com certeza é um salário que não é todo mundo que tem, mas eu acho que, pelo tipo de atuação que a gente tem, pela preparação que a gente tem, e até pela responsabilidade que a gente tem, eu acho que é um pouco baixo (Esmeralda).

(...) o meu salário eu considero bom (...) Os outros profissionais deveriam ganhar senão igual, pelo menos perto, conforme a categoria deles (...) Mas eu acho injusto. Eu acho que não deveria ser assim (Diamante).

Neste ponto, cabe uma breve explanação acerca da sistemática de pagamento dos salários dos integrantes dessa equipe. Enquanto alguns são contratados como

professores pela Universidade e recebem por hora para desenvolverem um projeto de extensão (reabilitação pulmonar), outros são contratados, exclusivamente, para desempenharem suas funções dentro do IME, sem relação com a atividade docente. Estes, então, acabam por receber, mensalmente, valores bem inferiores daqueles que, além de receberem hora-aula para o desempenho das tarefas docentes, ainda se dedicam às atividades de extensão, sendo remunerados, também, com horas-aula. Além disso, percebe-se que, mesmo entre os contratados exclusivamente para o IME (cujas funções, ademais, não se limitam à reabilitação pulmonar), há diferenças de remuneração da área médica em relação às demais áreas da saúde.

Ainda em relação ao ambiente de trabalho, foi destacado um aspecto negativo que é a existência de constante ruído externo, dificultando os atendimentos. Os participantes da pesquisa informaram que isto se deve ao crescimento dos projetos existentes no IME, principalmente, o de reabilitação pulmonar. O grupo cresceu muito e o barulho está influenciando os atendimentos prestados e, especialmente, dificultando a comunicação com os sujeitos com DPOC. Isso também é atribuído à existência de outras atividades concomitantes no IME, com outros grupos de tratamento.

Ao mesmo tempo em que os ruídos externos atrapalham, os profissionais admitem que suas características pessoais também influenciam nos atendimentos e que o sucesso do trabalho do grupo depende do grau de cognição dos indivíduos cuidados.

E, às vezes, tem perguntas difíceis e, muitas vezes, tem salas dos lados, às vezes entra pessoa falando, entram atletas e eu noto que esse ruído interfere, porque eu não tenho um tom de voz muito alto. (...) então, às vezes, eu tenho que falar mais alto e, às vezes, eu tenho que abrir a porta e, [pedir] na brincadeira 'pessoal, vamos baixar o volume, porque...' Às vezes, interfere realmente, assim, me atrapalha. Eu sou um pouco dispersiva, não são só eles, eu também sou dispersiva. Então, o fato de ter muito barulho ao meu redor, às vezes, me incomoda. Mas o jeito que eu tenho achado é, quando está demais, eu abro a porta e peço. (...) A única referência que eu tenho é que, às vezes, há falas. Por exemplo, nos consultórios, às vezes, a gente dispersa um pouco em função do ruído externo. Às vezes, chegam grupos de atletas, ou mesmo a equipe, o pessoal da equipe falando muito alto e isso, às vezes, interfere, assim, desconcentra (Ametista).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ortega y Gasset (1946-1983, v. I, p. 322) nos ensinou que “Yo soy yo y mi circunstancia y si no la salvo a ella no me salvo yo”. É possível desenvolver essa citação em direção ao conceito de integralidade em saúde. No entanto, gostaria de me ater ao fato de que foi a partir das percepções dos próprios profissionais integrantes da equipe que realiza reabilitação pulmonar e de suas reflexões sobre diversos aspectos envolvidos no seu fazer cotidiano (das suas circunstâncias, pois) que pude alcançar algumas conclusões sobre o que eles entendem acerca do seu processo de trabalho e de interdisciplinaridade.

Em que pese o “método Paulo Freire” ter-se originado no âmbito educacional, para quebrar a barreira do analfabetismo, utilizando-se de instrumentos emergentes do cotidiano dos sujeitos envolvidos, sua aplicação pode (e deve) ser muito mais abrangente. Vejo-o como um meio libertador do indivíduo, capaz de conscientizá-lo e, a partir da própria realidade em que está inserido, contribuir para transformá-la, rompendo paradigmas e preconceitos.

Dessa maneira, sua aplicação nesta pesquisa propiciou que os integrantes da equipe multiprofissional identificassem os “temas geradores”, os quais emergiram do cotidiano de cada um deles e, a partir da reflexão, tomassem consciência de aspectos da realidade vivida e até propusessem alguns novos caminhos no sentido de melhoria na assistência dos sujeitos cuidados. É incrível como os conhecimentos legados por Paulo Freire continuam atuais e são extremamente úteis para a atuação profissional no campo da saúde e, até hoje, são capazes de revolucionar a maneira de se trabalhar, quer individualmente, quer coletivamente.

O rompimento dos paradigmas ainda existentes na prática em saúde é um caminho longo a ser percorrido. Nesta equipe, o papel da liderança é exercido de modo democrático, coordenando as atividades dos demais integrantes e parece que esta característica contribui para que o tema “hegemonia médica” não tenha aparecido nas

oficinas e nas entrevistas realizadas. Esta realidade significa um passo importante no sentido do fortalecimento da integração que deve pautar as relações no âmbito grupal, na perspectiva de um trabalho cooperativo. Ao mesmo tempo, a inexistência dessa hegemonia, aliada à natural resistência do ser humano a mudanças, faz com que os próprios integrantes da equipe julguem-se satisfeitos com a “interdisciplinaridade” alcançada.

Todavia, como já destacado, a equipe ainda exerce suas tarefas de modo fragmentado, com uma justaposição de tarefas, deixando os momentos de trocas de experiências, de saberes e de questionamentos para as reuniões de discussões de casos.

A ausência de práticas baseadas na hegemonia da categoria médica sobre as demais profissões de saúde é crucial para a inauguração de um trabalho mais integrado, mas não é o bastante para fazer nascer a interdisciplinaridade necessária para o cuidado a pessoas com carências de saúde e em especial aos indivíduos com DPOC.

O estabelecimento de campos de atuação comuns a mais de uma disciplina depende, igualmente, das inter-relações pessoais entre os membros da equipe e de uma unidade de valores e princípios postos em prática durante a prestação do serviço de saúde. Como se percebe dos dados colhidos, a equipe estudada possui uma boa relação interna, comungando dos mesmos valores em relação aos sujeitos cuidados. Apesar de estarem vivenciando algumas dificuldades (crescimento do número de seus integrantes e aumento do espaço físico do local em que desenvolvem o programa de reabilitação pulmonar), estão cientes da necessidade de não perderem a coesão e de “retomarem” a unidade que existia na origem do grupo de reabilitação pulmonar. Medidas como a produção científica conjunta, em que cada tema é explorado por profissionais de diferentes áreas, apesar de surgir num contexto de busca de verbas para o grupo, também ajudam a fortalecer os elos de ligação dos membros da equipe.

Percebi também que a realização, com uma certa frequência, de atividades como oficinas de motivação pode auxiliar muito o aprofundamento dessas inter-relações pessoais, refletindo-se na melhora do atendimento aos sujeitos portadores de carência de saúde. Essas oficinas poderiam, inclusive, fazer parte do próprio planejamento da assistência, em prol do fortalecimento dos laços de confiança e de

compromisso de cada profissional no trabalho do outro.

Viu-se, outrossim, que os integrantes da equipe estão buscando aprimorar o planejamento da assistência prestada, por intermédio da realização de reavaliações dos egressos do programa de reabilitação pulmonar e da educação familiar dos indivíduos com DPOC.

Essas medidas são positivas, mas, destaque-se, ainda demonstram uma timidez, no que tange às possibilidades que podem ser exploradas na equipe em tela.

Entendo que essa “timidez” possui raízes na própria formação acadêmico-profissional que os profissionais da saúde recebem nas Faculdades e Universidades brasileiras.

O maior desafio a ser superado na construção de um processo de trabalho que permita o tratamento da carência de saúde de uma maneira interdisciplinar está justamente no ensino acadêmico, o qual ainda permanece transmitindo saberes compartimentados, e na prática profissional hegemônica, na qual há extrema valorização do trabalho feito por “especialistas”. Por mais que não sejam novas as discussões acerca da saúde coletiva e dos limites do modelo biomédico, a prática da medicina e das demais profissões ligadas à área da saúde ainda denota que o que se pretende é “curar o doente”, “hospitalizá-lo”, tudo a partir de um diagnóstico médico que baliza, condiciona e aprisiona o trabalho de enfermeiras, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, etc. Desde os bancos das faculdades, o acadêmico da saúde aprende a tratar “doenças” e a “dar a cura”, como se o objeto de trabalho do profissional da saúde não fosse um sujeito social portador da complexidade humana. Com isso não se pretende questionar a intenção dos profissionais de promover o bem-estar do sujeito cuidado; o que se quer ressaltar, apenas, é que urge, atualmente, entender e “tratar” a pessoa na sua integralidade (cada um com as suas necessidades e circunstâncias, levando-se em consideração as condições comunitárias e familiares de vida). Um pulmão não é só um pulmão. É um pulmão de um indivíduo, membro de uma família (com uma história), integrante de uma comunidade (envolto num meio ambiente que tem influência sobre o indivíduo). É este o pulmão a ser tratado. E o seu tratamento não decorre, única e exclusivamente, do que o modelo biomédico diagnostica e prescreve. Essas tarefas são essenciais. Mas são insuficientes para que a

finalidade do trabalho seja atingida. Aliás, a “cura” pode nem estar propriamente na medicina; pode estar na melhoria das condições de vida da comunidade. Pode estar na prática de uma série de medidas preventivas que afastem o indivíduo do médico e do hospital. Muitas vezes, é verdade, este afastamento não prescinde de que o médico (ou uma equipe multiprofissional) visite o indivíduo no seu meio ambiente, como é feito, por exemplo, no âmbito do PSF.

Entretanto, como se destacou acima, as dificuldades que o PSF enfrenta não são tão distintas das vivenciadas por outras equipes multiprofissionais que desenvolvem programas, como o de reabilitação pulmonar estudado.

Vem-se notando, gradativamente, uma mudança nos currículos dos cursos de nível superior da área da saúde. Currículos antes baseados na disciplinaridade, no conhecimento compartimentado, passam a ser reestruturados de modo a abranger a integralidade do indivíduo, em todos os seus ciclos vitais (desde o nascimento até a morte), destacando a importância da saúde comunitária (por meio do aumento de cargas-horárias dessas disciplinas e nos estágios respectivos).

Paralelamente, em nosso país, a expectativa de vida cresceu e o número de doenças crônicas tem aumentado gradativa e constantemente (independentemente da idade do indivíduo).

Com efeito, há um dilema a ser resolvido: ao mesmo tempo em que há mais idosos e em que há mais doenças crônicas (muitas delas de difícil diagnóstico e com história de doentes que realizaram verdadeira peregrinação em consultórios e clínicas de saúde até encontrar a solução de tratamento adequado), as quais demandam um enfoque interdisciplinar, para um resultado mais eficaz, os profissionais encarregados de prestar o cuidado não foram academicamente preparados para assim trabalhar, o que acaba por gerar, em equipes multiprofissionais, o nascimento de “equipes-agrupamento”.

Assim, vejo como extremamente salutar que equipes multiprofissionais reflitam sobre sua prática, procurando desvendar se o seu processo de trabalho é desenvolvido interdisciplinarmente ou não e se a prestação do serviço não pode evoluir, em busca da melhoria da qualidade de vida do sujeito portador de carência de saúde.

Acredito, pois, que a efetivação de práticas interdisciplinares depende de um

processo educativo (o qual poderia contar com a ajuda do “método Paulo Freire”), de um processo dialógico entre os envolvidos, conscientizador das potencialidades humanas.

O poeta João Cabral de Melo Neto (1994, p. 60), num de seus poemas mais famosos, “Morte e Vida Severina”, ensina que “é difícil defender / só com palavras, a vida, / ainda mais quando ela é / esta que se vê, Severina”. Por sua vez, é de Caio Graco a seguinte citação: “Os livros não mudam o mundo. As pessoas mudam o mundo. Os livros só mudam as pessoas”.

A partir dessas sábias palavras, não há como se ignorar que todo o processo de mudança da realidade é dependente da forma pela qual os homens aprendem e formam a sua personalidade, a qual vai guiar as condutas humanas, que, por sua vez, são movidas pelos sonhos, muitos deles plantados nas páginas de livros, que estão, ali na estante, ali na biblioteca, à espera de um olhar diferente, de alguém que diga: “Por que não?”.

*“Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A mágica presença das estrelas!”*

(Mario Quintana, “Das utopias”, 1984, p. 9)

REFERÊNCIAS

ARTMANN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. **Ciênc. saúde coletiva**, 2001, vol.6, n.1, p.183-195. ISSN 1413-8123.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. DATASUS. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>>. Acesso em: 18 nov.2005.

_____. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução n. 287, de 8 de outubro de 1998. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso287.doc>>. Acesso em: 18 nov.2005.

BETHLEM, N. **Pneumologia**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 1995.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MEHRY, E. E. e ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. 185p.

CAPELLA, B. B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**. Ed. Universitária UFPEL: Florianópolis, 1998. 183p.

CORSELLO, P. et al. Rehabilitation of the chronic obstructive pulmonary patient: general principles. In: HAAS, F, AXEN, K. **Pulmonary therapy and rehabilitation: principles and practice**. 2 ed., Baltimore: Williams & Wilkins, p. 196-212, 1991.

FILIPINNI, L.Z. **A psicologia na interdisciplinaridade das Ciências da Saúde**, 2005 (não publicado).

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004. 312 p.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GADOTTI, M. **Convite à leitura de Paulo Freire**. São Paulo: Scipione, 1989.

GODOY, D. V. Há lugar para um programa de reabilitação pulmonar no tratamento da insuficiência respiratória crônica? **Revista Científica Amecs**, Caxias do Sul, v. 5, p. 169-173, 1996.

GODOY, R. F. **O efeito do exercício sobre os níveis de ansiedade, depressão e autoconceito dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2000. 100p.

- GODOY, D. V., et. al. Aspectos complementares de um programa de reabilitação pulmonar: nutrição, acompanhamento psicológico, readaptação às atividades de vida diária. In: CORRÊA DA SILVA, L. C. **Condutas em pneumologia**. Rio de Janeiro: Revinter, p. 1002-07, 2001.
- HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.
- JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
- JERUSALINSKY, A. **Multidisciplina, interdisciplina e transdisciplina no trabalho clínico com crianças**. Escritos da Criança. Porto Alegre: Centro Lydis Coriat, 1990.
- KARRER, W. Pulmonary rehabilitation in Switzerland. **Swiss Med Wkly**. 135(5-6) p. 71-5. 2005.
- MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. 10 ed. v. 1. São Paulo: Difel, 1985.
- MATOS, E. Projeto de pesquisa para o curso de doutorado em Enfermagem. UFSC: 2005.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento** – pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.
- MELO NETO, J. C. **Morte e vida Severina e outros poemas para vozes**. 34 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994. 135p.
- MENDES, E. V. **Distrito Sanitário**. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.
- ORTEGA Y GASSET, J. **Obras completas**. Meditaciones del ‘Quijote’, Madrid: **Revista de Occidente**, v. I, 1946-1983.
- PALOMBINI, B. C., CORRÊA DA SILVA, L. C., MOREIRA, J. S. **Doença broncopulmonar obstrutiva crônica**. In: CORRÊA DA SILVA, L. C. **Compêndio de pneumologia**. 2 ed. São Paulo: Fundo Editora BYK, 1991.
- PAVIANI, J. **Interdisciplinaridade**: conceito e distinções. Porto Alegre: Pyr, 2005. 140 p.
- PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas. Campinas: 1998. 254 p.
- _____. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, fev. 2001.
- PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Anna Blume, 1998. 254 p.
- _____. Organização do trabalho na saúde. In: LEOPARDI, M. T (org). **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. 176 p.

_____. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Rev. Baiana de Enfermagem**. UFB Bahia, v. 13, n. 1/2, p. 83-92. 2000.

PNEUMOATUAL. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Disponível em: <<http://www.pneumoatual.com.br/frame.asp?content=100>>. Acesso em: 15 nov.2005.

QUINTANA, M. **Sapo amarelo**. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1984. 40p.

RIBEIRO, E. M. **Concreticidade do vínculo do/no Programa de Saúde da Família (PSF):** desafios de médicos e enfermeiras em uma modalidade de implantação do programa. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2005.

RIES, A. L., et. al. **Pulmonary rehabilitation**. New York, v. 112, n. 5, p. 1363-1396. 1997.

SCHERER, M. D. S. **A equipe no Programa de Saúde da Família** – Possibilidades de Construção da Interdisciplinaridade. Projeto de Pesquisa. Florianópolis. UFSC. 2004.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M. **Recursos humanos e trabalho coletivo em saúde: a** equipe multiprofissional. São Paulo - SP: OPAS, 1999.

SILVA, F. V.; LIBERALINO, N. B. Universidade, serviços e comunidade – diálogo no UNI-Natal. **Divulgação para Debate**, n. 12, Jul., 1996.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Revista Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.25-38. 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA. **Primeiro Consenso Brasileiro de DPOC**. 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Caracterização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), definição, epidemiologia, diagnóstico e estadiamento. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, Nov., s. 1-5/29-39.2004.

SOBREIRO, M. C.; TARANTINO, A. B. **Doenças pulmonares**. 4 ed. Rio de Janeiro: Koogan, p. 509-552, 1997.

TIEP, B. L. Pulmonary rehabilitation program organization. In: CASABURY, R., PETTY, T. L. **Principles and practice pulmonary rehabilitation**. Philadelphia: WB Saunders Company, p. 302-16, 1993.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 6 ed. Porto Alegre: ART MED, 2001.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial**. 2 ed. Florianópolis: Insular, 2004. 144 p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1994.

_____. **Bases teórico-metodológicas da pesquisa qualitativa em ciências sociais.** Idéias gerais para a elaboração de um Projeto de Pesquisa. Porto Alegre: Faculdades Integradas Ritter dos Reis, 2001.

URBANETTO, J. de S. **Relações interpessoais e grupais no processo de trabalho das enfermeiras:** convergências encontradas em dois hospitais universitários. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2002.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, jul./ago. 2003, vol.11, no.4, p.525-531.

APÊNDICES

Apêndice 1

Roteiro/Guia para Entrevista Semi-Estruturada – Profissional

- 1) Dados pessoais: idade, sexo, profissão; tempo na instituição, outro trabalho, local, tempo.
- 2) Como você percebe a sua atuação profissional na reabilitação de sujeitos com DPOC?
- 3) No que se refere ao processo e trabalho com a equipe multiprofissional, como você enxerga a organização da equipe, o que você entende sobre o seu objeto de trabalho e acerca do produto da sua práxis.
- 4) Cite algumas situações que acontecem no IME que o fazem sentir-se valorizado enquanto pessoa e profissional e outras em que você se sente desvalorizado.
- 5) Em relação às condições de trabalho no IME, o que você tem a me dizer a respeito de: ambiente físico (instalações), equipamentos e material, salário, jornada de trabalho e outros. Há diferenças entre os membros da equipe? Se existe, não é um problema para você ou causa problema para todo o grupo?
- 6) Como vocês organizam o trabalho no IME? Qual é o papel de cada profissional no equipe? Como é feita a distribuição de tarefas? Existem momentos em que a equipe se reúne para planejar o trabalho que será feito (ano, meses, dias)? Existem momentos de troca de diferentes percepções ou sobre as diferentes ações que cada profissional desenvolve com o sujeito cuidado? Se existe, você participa das atividades de planejamento da assistência? De que forma?
- 7) Como são as relações entre os profissionais da equipe que atuam no IME? Fale das facilidades e dificuldades do trabalho em equipe.
- 8) Se você tivesse poder para decidir, o que você faria para que o trabalho da equipe multiprofissional pudesse ser melhor para você e para o doente a quem presta assistência?
- 9) Como você pensa que deve ser um trabalho ideal, em termos de organização, relações de trabalho, condições de trabalho?
- 10) Existe mais alguma coisa a respeito do seu trabalho e dos trabalhadores da equipe multiprofissional que você gostaria de colocar?

Apêndice 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (a ser solicitado aos participantes da pesquisa – profissionais da equipe de reabilitação pulmonar)

Meu nome é Celine Elman e estou desenvolvendo a pesquisa “Reflexões de uma equipe multiprofissional que desenvolve reabilitação pulmonar acerca de seu processo de trabalho”.

Tenho por objetivo principal analisar o processo de trabalho de uma equipe multiprofissional que desenvolve reabilitação pulmonar de pessoas com DPOC a partir da visão por eles expressada em um processo de reflexão fundamentado na Pedagogia Problematizadora e como objetivos específicos: identificar a visão dos diversos profissionais da saúde sobre objeto, organização, divisão e produto do trabalho; identificar a percepção da equipe multiprofissional acerca da interdisciplinaridade e das possibilidades de construção de um trabalho cooperativo e que considere as necessidades dos sujeitos envolvidos no trabalho e averiguar como a equipe percebe as suas relações com os sujeitos com DPOC.

Entendo que este estudo é importante para compreendermos o processo de trabalho de equipes multiprofissionais, suas inter-relações pessoais e a percepção dessa equipe em relação à interdisciplinaridade.

O estudo será realizado em três momentos. Um destes momentos constará de entrevista individual com os profissionais integrantes da equipe. Os outros dois momentos se darão através de reflexões coletivas em oficinas. Neste sentido, gostaria de contar com a sua participação através de entrevista, bem como gostaria de obter sua autorização para participar das demais atividades realizadas pela equipe. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo, pessoalmente, ou através do telefone (0xx51) 9269-1447 ou (0xx51) 3311-9902. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais, sendo que os nomes dos participantes não serão utilizados em nenhum momento. As informações

coletadas serão utilizadas em minha Dissertação de Mestrado, e, eventualmente, na publicação em livros, periódicos ou divulgação em eventos científicos.

Sua participação poderá contribuir para a compreensão e construção de um trabalho mais prazeroso e motivador para os profissionais de saúde, assim como para uma melhor assistência aos usuários de nossos serviços.

Após cada uma das etapas, seu relato lhe será entregue para seu parecer final, estando você livre para acrescentar ou retirar as informações que julgar pertinente. Ainda, se você desejar, poderá deixar de responder às perguntas como julgar conveniente. A qualquer momento lhe é dado o direito de desistir da participação no estudo.

Desde já, agradeço sua colaboração, que poderá contribuir para a aquisição de novos conhecimentos quanto ao trabalho que é desenvolvido pelas equipes multiprofissionais de saúde.

Celine Elman

Mestranda

Dra. Denise Pires

Orientadora

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “Reflexões de uma equipe multiprofissional que desenvolve reabilitação pulmonar acerca de seu processo de trabalho”.

_____ de _____ de _____.

Assinatura: _____ RG: _____

Apêndice 3

Consentimento Informado das Instituições (Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade da Região Sul do Brasil⁸)

Comissão de Ética

() Universidade da Região Sul do Brasil

() UFSC

Prezados senhores:

Como aluna do Mestrado em Enfermagem da UFSC, na modalidade interinstitucional com uma Universidade da região sul do Brasil, estou solicitando a análise deste projeto de pesquisa e autorização para a realização de meu trabalho de mestrado. Esta pesquisa será desenvolvida junto à equipe de profissionais que realiza a reabilitação pulmonar de sujeitos com DPOC no Instituto de Medicina do Esporte e tem como objetivo principal promover uma reflexão sobre o processo de trabalho da referida equipe.

Em anexo segue o projeto para a sua análise.

Agradecendo a atenção,

Fisioterapeuta Celine Elman

Florianópolis, novembro de 2005.

⁸ O nome da Universidade foi omitido para assegurar o anonimato da pesquisa.

Apêndice 4

Vida e obra de Paulo Freire

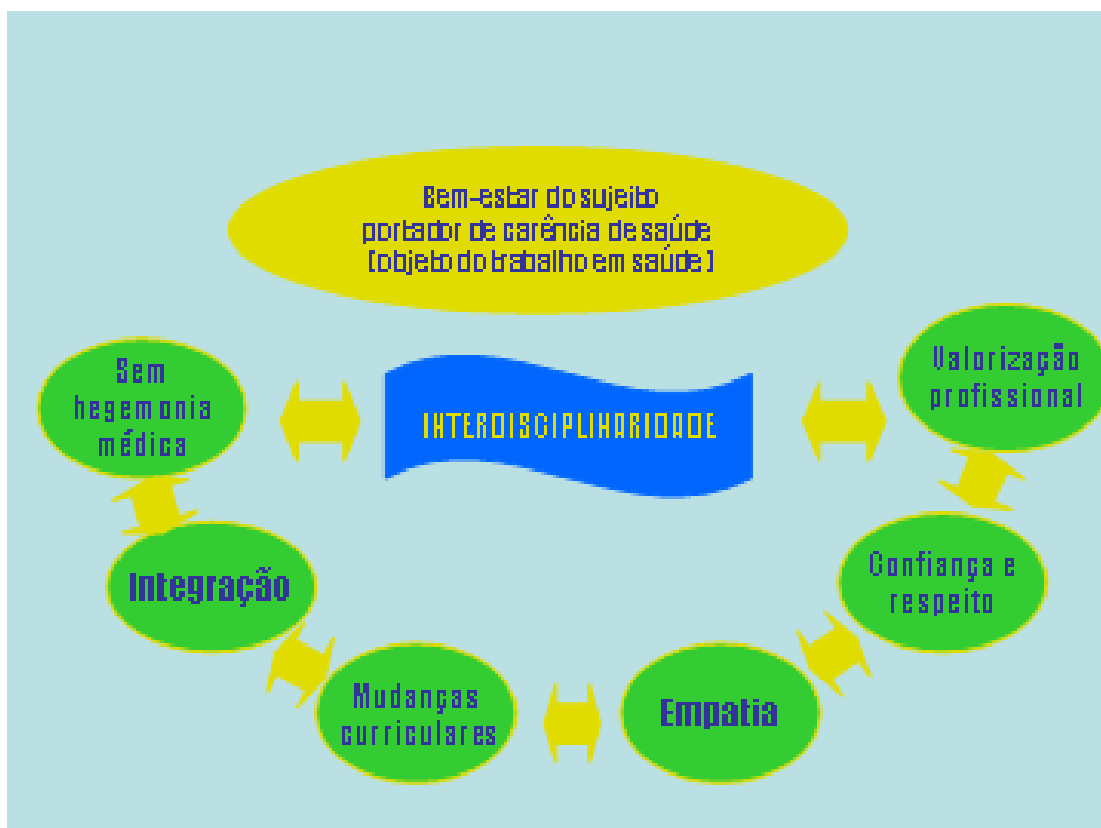
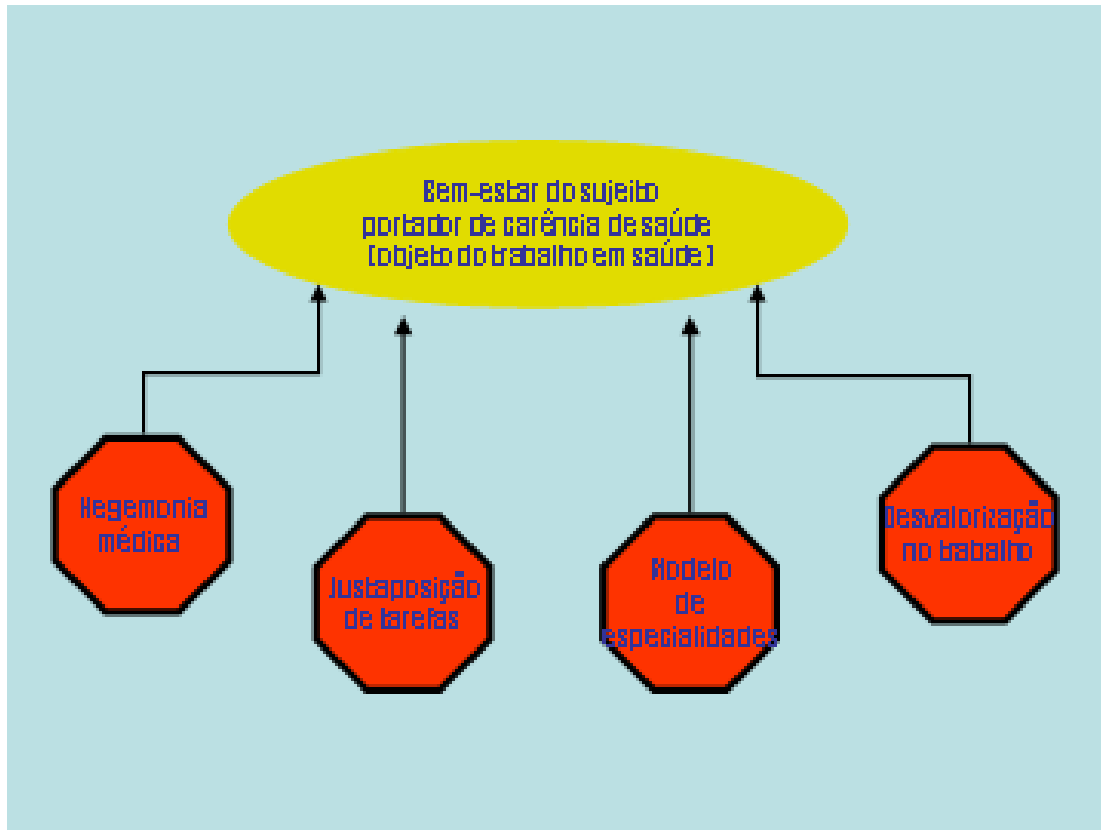
Sua vida, fonte e reflexo de sua rica e multifacetada obra, demonstrava o seu gosto pela vida, a sua busca de comunhão com as pessoas de seu tempo, o seu desejo de se inserir nas questões urgentes junto aos inúmeros atores sociais com os quais conviveu, companheiros seus de trajetória e luta; a sua generosidade em ser humilde, como operário em construção dos novos tempos; tudo isso nos remete a uma pessoa com suas virtudes e vicissitudes.

A sua “Pedagogia Problematizadora”, hoje em dia, tem forte influência na atuação profissional, não só no campo das ciências sociais, mas, também, na área da saúde. Existem teses no campo das letras, da pedagogia, da geografia, da história, da sociologia, da filosofia, da antropologia, e de tantos outros campos do conhecimento humano que utilizam o referencial teórico freiriano, os seus pressupostos, suas categorias e conceitos nos diversos avanços do conhecimento. O fato é que percebemos, nitidamente, um interesse enorme pela sua pedagogia. Sem contar que praticamente em todas as universidades brasileiras, e nas mais importantes do mundo, nos deparamos com a presença de professores que estão assumindo, cada vez mais, que mudaram suas didáticas e refizeram seu modo de pensar e agir, a partir da leitura de Paulo Freire ou por terem convivido com ele.

Faleceu em 1997, na cidade de São Paulo, vítima de um infarto. Sua obra é seu legado, quem a conhece recebe em seu coração um sopro de esperança, a realimentar a vida docente e profissional de cada um.

Apêndice 5

Diagramas representativos das considerações finais



ANEXO

TÉCNICA DOS CARTÕES POSTAIS

Objetivo: conhecer os colegas por intermédio de suas características pessoais.

Duração: 30 minutos.

Material: cartões com gravuras diversas em número superior ao dos participantes.

Desenvolvimento:

- 1- Espalhar na sala todos os cartões postais e pedir para que as pessoas circulem, olhando todos os postais, procurando, primeiro com o olhar, um com o qual se identifique.
- 2- Depois de alguns minutos, pedir que cada um escolha o seu cartão e se apresente pelo nome e pelo motivo que o levou a escolher aquele postal.

Sugestões para reflexão: levantar com o grupo os pontos comuns e divergentes que apareceram na apresentação e a sua importância nas relações de grupos.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)