

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Rogério Clóvis de Oliveira

**Equipe interdisciplinar em hospital geriátrico
e gerontológico: (re)ligando ofícios?**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

**SÃO PAULO
2009**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Rogério Clóvis de Oliveira

**Equipe interdisciplinar em hospital geriátrico
e gerontológico: (re)ligando ofícios?**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora
como exigência parcial para obtenção do título
de Mestre em Gerontologia pela Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo sob
orientação da Prof^a. Dr^a. Beltrina Côrte.

**SÃO PAULO
2009**

BANCA EXAMINADORA

Autorizo, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos fotocopiadores ou eletrônicos.

Assinatura: _____

Local: _____ Data: _____

Dedicatória

Lá num passado não tão distante, um menino com seus oito ou nove anos de idade, veio migrante de uma cidadezinha do interior e chegou para morar numa grande metrópole. Puro em sua natureza de criança queria fazer novos amigos e buscava ser aceito e acolhido pelos que estavam a sua volta.

Era um garoto solitário, recém chegado a uma cidade estranha, com um mundo a explorar. Sempre sonhou em ter uma pipa até que um dia seu pai o presenteou com o brinquedo.

Num dia lindo de sol, o céu com singelas nuvens brancas tecia matizes suaves ao azul infinito. Compondo esse cenário, o menino empinava sua pipa próximo à sua casa. Feliz, pois o vento soprava seus sonhos para o alto, embalava uma sinfonia dos sons da manhã, abraçava seu corpo franzino como quem aconchega um filho.

Alheio à singeleza da cena, outro menino, mais velho, com menos poesia em sua vida, aproximou-se do garotinho e disse da beleza de sua pipa, elogiou sua capacidade de empiná-la com tanta desenvoltura. Não se contentando apenas em olhar, pediu se podia empiná-la também.

O garotinho alegrou-se por ter ali sua primeira oportunidade em fazer um amigo de verdade. Deu sua pipa ao novo amiguinho e ficou a contemplar o momento. Ágil em sua intenção, o menino mais velho disse ao garotinho que sentia muita sede e se ele não poderia buscar um pouco de água já que sua casa estava tão perto.

E lá foi o garotinho em direção à sua casa, radiante, com um sorriso enorme no rosto, pensando como iria agradar seu novo amigo. “Amanhã brincaremos de bola, depois de pique-esconde, quem sabe estudamos na mesma escola, seremos amigos para sempre...” Pegou sua caneca predileta,

encheu de água geladinha e se foi em direção onde deixara o menino a empinar sua pipa.

Quando estava voltando, algo parecia errado. Não avistou o menino. Olhou nas ruas próximas, perguntou ao seu Júlio, o português da padaria, novamente voltou onde brincavam. Buscava a imagem vivida há pouco, que lhe trouxera tanta alegria. Aquele momento de magia, da descoberta de uma amizade. Mas o que se fez à sua volta foi um crepúsculo, frio, sem poesia, sem palavras.

Sua pipa tinha voado para outras paisagens, menos mágicas, mais sombrias. A luz daquele dia desapareceria. Nem suas lágrimas seriam mais vistas. Nem o eco de seu choro e angústia de sua alma durariam para sempre.

Descobrir a maldade doe, mas faz crescer. A beleza de tudo isso é que do lado do nascente a manhã virá. Sua luz trará a nova magia da vida e novas pipas estarão ai para alçarem vôo.

Ao querido Cláudio
Andrade, que com suas
observações tão sutis e
seu incentivo tão caloroso
permitiu que eu superasse
minhas impaciências e meus
desânimos dando um novo
sentido à minha vida.

AGRADECIMENTOS

Como agradecer a quem nos deu a existência? Ao meu pai, Seu Alfeu e à minha mãe, Dona Joana, que são a essência da simplicidade, agradeço pela minha vida.

À minha irmã, Rosa, que foi pajem, professora, amiga. Introduziu o conceito de “tópico frasal” e trouxe mais poesia à minha vida. Corrigiu minha gramática, o uso da palavra mais adequada, leu pequenos fragmentos de pequenas crônicas, alicerçou minhas escolhas com apoio incondicional.

Ao meu irmão Pedro, que me inspirou a seguir seus passos na arte da pesquisa e da ciência, mostrando que pequenas ligações, por vezes moleculares, transformam um mundo em ebulição.

À minha orientadora, Beltrina Côrte, uma agradecimento especial, pois seus ensinamentos muito me enriqueceram e ampliaram meu repertório de possibilidades. As leituras indicadas, suas reflexões, discussões, análises possibilitaram-me a aventurar na busca do método e no prazer pela pesquisa. Agradeço também à sua paciência que, passo a passo, pode me levar a escrever esse texto e me permitiu contemplar diferentes áreas do saber.

Por fim, agradeço a todos os meus amigos que me apoiaram e torceram pelo meu sucesso: Flavinha, Carolinne, Farah, Regina, Rinaldo, Sérgio, Renê, Jackeline, Renata, Celso, Paula Myasaki, Paula Prampero, Adrialdo e tantos outros que não estão nesta lista, mas estão no meu coração.

Por último, agradeço aos meus tradutores e amigos, Walter Estella e Célia Mesquita, que decifraram palavras de outras fronteiras, a fim de que pudesse reagrupá-las em conhecimento e repatriá-las ao mundo.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Ranking dos Países com Maior Número em Idosos em 2025 e aumento desde 1996.....	31
Quadro 2 - Características do Processo Saúde-Doença no Idoso	45
Quadro 3 - Princípios de Serviços para Internação de Casos Geriátricos Agudos.....	45
Quadro 4 - Termos Empregados em Planejamento por Bonato, Allem e Allen - Conceituação da Visão e Missão	53
Quadro 5 - Termos Empregados no Planejamento por Bonato, Dever e Allem	56
Quadro 6 - Paradigma Reducionista versus Holístico	66
Quadro 7 - Número de leitos em atividade no hospital (julho de 2007)	100
Quadro 8 - Temas do Curso de Aperfeiçoamento em Geriatria e Gerontologia.....	111
Quadro 9 - Práticas inovadoras com foco no desenvolvimento de pessoas.....	114

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Sistema Multiplicador de Informação.....	61
Figura 2 - Multidisciplinaridade	69
Figura 3 - Pluridisciplinaridade.....	69
Figura 4 - Interdisciplinaridade.....	71
Figura 5 - Transdisciplinaridade.....	73
Figura 6 - Representação gráfica da inter-relação entre os profissionais da equipe.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMI – Aprendizagem Multi e Interdisciplinar

CIPEE – Centro Interdisciplinar de Pesquisa e Ensino sobre o Envelhecimento

CME – Central de Materiais e Equipamentos

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

MBA – Master Business Administration

PUC-SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

RH – Recursos Humanos

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

RESUMO

Oliveira, Rogério Clóvis. *Equipe interdisciplinar em hospital geriátrico e gerontológico: (re)ligando ofícios?* [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009.

A pesquisa parte de uma busca pessoal na tentativa de trazer para discussão conceitos de interdisciplinaridade na concepção de um hospital geriátrico e gerontológico. Assinala a trajetória do explorador, por meio do compartilhamento de experiências empíricas as quais foram representativas na fundamentação teórica do conteúdo, pontuando conceitos teóricos, onde são analisados os aspectos relevantes ao processo do envelhecimento populacional. Descreve os chamados referenciais conceituais da interdisciplinaridade e saúde, onde há uma imersão nas bases epistemológicas, bem como o conceito de formação de equipe, apontando para as incongruências da alta especialização. Aborda as propostas para a educação continuada das equipes, o poder da comunicação corporativa na cultura organizacional e suas relações com a interdisciplinaridade. Apresenta a configuração organizacional proposta para um Hospital Geriátrico e Gerontológico, definindo seus objetivos organizacionais, a estruturação das equipes e os mecanismos envolvidos no processo de integração.

Palavras-Chave: interdisciplinaridade, cultura organizacional, hospital geriátrico e gerontológico, saúde, equipe interdisciplinar.

ABSTRACT

Oliveira, Rogério Clóvis. *Interdisciplinary team in geriatrics and gerontology hospital: (re)connecting disciplines?* [dissertation]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009.

This study stems from a personal attempt to discuss interdisciplinary concepts associated with a geriatric and gerontological hospital. It underscores the story of the researcher, sharing empirical experiences that were significant in the theoretical basis of the content, highlighting theoretical concepts and analyzing aspects that are relevant in the population aging process. It describes the so called conceptual references of interdisciplinarity and health, going into an epistemological basis as well as into the concept of team building, pointing out the inconsistencies of high specialization. It discusses the suggestions of continuous education for teams, the power of corporate communication in organizational culture and its relationship with interdisciplinarity. It suggests an organizational arrangement for a geriatrics and gerontology hospital defining its organizational objectives, the structure of teams and the mechanisms involved in the integration process.

Key-words: interdisciplinarity, organizational culture, geriatrics and gerontology hospital, health, interdisciplinary team.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 A Trajetória do Explorador	1
1.2 Exposição do Tema e do Problema da Pesquisa	10
1.3 Compendo o Enredo: a Gerontologia e a arte do cuidado à saúde do idoso	15
1.4 O universo do hospital e os desafios do trabalho em equipe	21
1.5 Promoção da Saúde e Envelhecimento Ativo	26
2 PANORAMA CONCEITUAL: AS DIMENSÕES DO ENVELHECIMENTO HUMANO	31
2.1 Estrutura e Dinâmica das Organizações Hospitalares	38
2.1.1 Conceito de Empresa Hospitalar	42
2.1.2 Estruturas inovativas: hospital geriátrico e gerontológico	44
2.2 Organizações Hospitalares Integradoras	47
2.3 A arte de gerenciar estrategicamente	53
2.3.1 O papel do mentor: da Odisseia aos dias atuais	61
2.4 Conceito de Interdisciplinaridade	65
2.5 Conceito e formação de equipe	79
2.5.1 O despertar de habilidades	83
2.6 A religação dos ofícios	88
2.7 Comunicação e Interdisciplinaridade	90
2.7.1 Comunicação, Cultura e Diálogo	96
3 CONFIGURAÇÃO ORGANIZACIONAL PROPOSTA	99
3.1 O Hospital	100
3.2 O Perfil do Cliente	102
3.3 O Perfil da Organização	103
3.4 Configuração da Organização Profissional	105
3.5 Saúde pelas letras: hospitais que aprendem	109
3.6 Aprendizagem Multi e Interdisciplinar	114
3.7 Dinâmica da Aprendizagem	119
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135

1 INTRODUÇÃO

Não basta ensinar ao homem uma especialidade. Porque se tornará assim uma máquina utilizável, mas não uma personalidade. É necessário que adquira um sentimento, um senso prático daquilo que vale a pena ser empreendido, daquilo que é belo, do que é moralmente correto. A não ser assim, ele se assemelhará, com seus conhecimentos profissionais, mais a um cão ensinando do que a uma criatura harmonicamente desenvolvida.

(Einstein, 1981, p. 29)

1.1 A Trajetória do Explorador

A motivação para escrever este estudo parte de uma inquietação latente que me acompanha no decorrer de minha vida profissional e que se mantém como uma mola propulsora para novas descobertas como pesquisador.

Organizar um texto e lançá-lo ao mundo nos aproxima do leitor. Traduz nossa familiaridade ao tema proposto e nos compromete à produção e divulgação do conhecimento científico. Nesse estudo, tento disponibilizar às pessoas o que aprendi ao longo da formação e trajetória profissional, compondo um cenário de relevantes experiências e princípios que poderão contribuir para a reflexão de diferentes profissionais em diversas áreas de atuação.

Faço um retorno no tempo, na tentativa de delinear a cronologia do meu conhecimento e como se deu essa trajetória, convergindo fragmentos de

conhecimento em suspensão numa multiplicidade de saberes para compor meu cenário pessoal.

Confesso que poderia ser piegas relatar minha trajetória intelectual. Alguns pontos preferiria deixar no obscurantismo de minhas memórias. Alguns pontos tão meus, tão íntimos. Mas aceito que não há transgressão em revisitar o passado. Nossas lembranças se emolduram em trechos diversos. Esses se alinham na concepção de uma biografia de acontecimentos. Não farei alusão à complexidade de eventos acontecidos. Tentarei captar fatos em sua relevante importância para não criar um discurso prolixo e extenuante.

Em 1988, comecei o curso de Medicina. Abria-se um novo capítulo ao interminável roteiro de minha existência. Não pretendia que minha vida tivesse uma história cujas páginas não fossem escritas por mim. Ser universitário elevou-me na escala do conhecimento. No entanto, houve uma transição arrastada, de um ensino anterior singular e com uma metodologia de estudo falha. Era preciso descobrir agora a pluralidade das informações e convergi-las em conhecimento.

Inicialmente, dissequei corpos e passei a enxergar o corpo segmentado. Era como se não houvesse alma. Indignava-me com a impossibilidade da contestação. Havia um modelo pronto, reducionista em sua constituição. Como aceitar uma ciência que estuda o ser humano com uma visão metodológica tão antiquada, cultuando um saber tão fragmentado?

Havia em mim uma inquietação. Desejava transpor aquele “modelo” padronizado de ensino médico, reproduzível ao extremo. Desejava uma abordagem holística. No entanto, passei a seguir os padrões, pelas circunstâncias e adequei-me às convenções estabelecidas. Não caberia

naquele momento uma “contestação armada”. Era preciso transpor barreiras tão enraizadas que possivelmente só me trariam resignação.

Nos seis anos que se seguiram, não fiz outra coisa senão percorrer os caminhos da Medicina, procurando ser mais ator que espectador nas reviravoltas diárias que esta profissão nos traz. Aprendi a valorizar o ser humano. A conhecer suas mazelas, medos e angústias. Tentava entender doenças e fórmulas de curas. Encantava-me saber como comprimidos tão pequenos operavam milagres tão grandes ao corpo. Mas e suas pobres almas? Como produzir remédios para alma em momentos de tanta dor e sofrimento? As mágicas da voz, da escuta, do olhar, do toque, do sorriso também operam milagres.

Terminada a graduação em 1994, no ano seguinte, fui designado para cumprir serviço militar como médico da Aeronáutica. O estágio inicial para aprendizado de práticas e rigores militares durou setenta dias. Barbacena, cidade calma do interior de Minas Gerais, acolheu-me naquele período. Em seguida, fui para Guaratinguetá, na Escola de Sargentos da Aeronáutica, onde permaneci atuando como Médico Generalista por um ano. No final de janeiro de 1996, solicitei desligamento do serviço militar. Havia sido promovido para 2º Tenente Médico da Aeronáutica. Mudei-me para São Paulo e continuei minha atuação profissional como Médico Generalista.

Em Fevereiro de 1998, passei a integrar o grupo de plantonistas de Clínica Médica do Hospital Sancta Maggiore. Localizado no bairro da Bela Vista em São Paulo, este hospital tinha características peculiares. Não foi projetado para ser um hospital. Parecia-se com uma clínica. Pequeno em sua concepção, com seus cinco leitos de enfermaria e nove de UTI, cresceu posteriormente numa ampliação. Surgiram mais doze leitos de enfermaria o que totalizava vinte e seis leitos.

Pertencente a uma operadora de planos de saúde, o hospital Sancta Maggiore passou a figurar como referência aos seus associados. Os idealizadores dessa operadora voltaram seu olhar para a população idosa e organizaram uma operadora de saúde que se dedicava exclusivamente à população idosa. Seguimento marginalizado e desvalorizado em sua maioria pelos planos de saúde tornou-se o foco de suas ações. Muitos acharam loucura. No entanto, trilhar um caminho nem sempre é fácil e sem obstáculos. O idealismo, a perseverança e o desafio fizeram com que muitas das barreiras que surgiram neste período fossem ultrapassadas.

Mudanças estavam por vir. Contrário a uma existência imobilizante e buscando novos desafios, no início de 1998 fui aprovado para a Residência de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Príncipe Humberto em São Bernardo do Campo. Havia em mim uma necessidade de descobrir novos saberes. Surgia um novo estágio de aprendizado que seria alcançado através de experiências numa outra área da Medicina.

Em Obstetrícia era preciso desvendar a saúde da mulher, entender a concepção em todos os seus estágios. Analisar as transformações do corpo e doutrinar para terapia da aceitação. Acariciar o concebido e celebrar o nascimento. Amamentar. Trazer alento às enfermidades que as afligiam. Saber que a gravidez pode ser de alto-risco. E que não se nasce só pela vagina. Nem que se precisa apanhar, pois nascer já é um trauma. E não nascer? Sofrer pela dor daquela que “não pariu” o feto morto. Realinhar a dor para abortar o sofrimento.

Em Ginecologia, era preciso desvendar a mulher por meio de duas óticas: uma pela transformação e outra pela prevenção. O aflorar dos

caracteres sexuais secundários, a influência dos hormônios femininos, a primeira menstruação, as mudanças sutis, as descobertas de um novo corpo. O amadurecimento dos eixos hormonais, suas transformações, o climatério, a menopausa, a velhice.

Embora de uma importância incontestável, a Ginecologia e a Obstetrícia ainda deixavam em mim um hiato que me angustiava. Surgiam novos desafios à minha formação e fortalecia um elo profundo com os pacientes da Terceira Idade do Hospital Sancta Maggiore. Cumpriram-se os dois anos da residência e, em 2000, parti para uma subespecialização em Medicina Fetal, usando como ferramenta de trabalho a Ultrassonografia Fetal. Em sua forma de abordagem, o ultrassom fetal rastreia o conceito intraútero, propiciando uma visão encantadora desse ser em desenvolvimento. No entanto, havia um paradoxo em minha vida entre a concepção e a senescência. Alegrava-me fazer ultrassom. Viajava no mundo daqueles bebês tão pequeninos e tão cheios de vida. Se pudesse, ficaria horas a olhar para a tela, desvendando seus corpinhos.

Mas a vida nos prega peças no mínimo peculiares. O encantamento que os “velhinhos” me provocava tinha um efeito intrigante. Por mais que gostasse da Obstetrícia e da Medicina Fetal, a Geriatria seduzia-me. Parecia que havia uma vocação latente pronta para desabrochar. Dos plantões noturnos no Sancta Maggiore, transferi-me para o dia atuando como diarista. Afastava-me sorrateiramente das antigas especialidades e começava um namoro com a Geriatria, tentando entender aqueles sujeitos velhos tão novos e emergentes em suas singularidades. Já em 2003 sentia-me mais “Geriatra” do que qualquer outra coisa.

Novamente, parti para outras descobertas. Desafiei-me ao encontro do

saber e busquei na Geriatria e Gerontologia uma forma de reconhecer naqueles “velhos” pacientes um caminho para a compreensão do processo do envelhecimento. Inscrevi-me no Curso de Extensão Universitária em Geriatria e Gerontologia do Hospital do Servidor Público Municipal, pois necessitava angariar ensinamentos para um aprendizado ainda em construção.

Em 2003, também comecei o Master Business Administration (MBA) em Administração Hospitalar no Centro Universitário São Camilo. Precisava entender os processos envolvidos na gestão hospitalar, a grande responsabilidade do hospital em relação ao indivíduo, à sua família e à comunidade em geral; a complexidade de sua direção, os modernos conceitos de gerência e direção.

Em 2004, fui nomeado Diretor Técnico do Hospital Sancta Maggiore. Começava a trilhar um novo capítulo em minha história pessoal e profissional. Sabia que teria que usar os conhecimentos adquiridos nos anos de formação para gerir algo tão complexo. Precisava encantar colaboradores para que esses encantassem clientes. Sempre democratizei minhas relações de trabalho com meus subordinados, agindo de forma coerente e imparcial, valorizando o potencial humano, acreditando no poder de transformação pela educação. Investigava a atuação profissional de maneira informal, orientando, estimulando, ensinando e ajudando-os, buscando a participação de todos nos processos de decisão. Sempre acreditei que o ser humano é o maior patrimônio que uma empresa tem.

Em 2005, tomaria uma decisão que influenciaria minha carreira para sempre. Voltaria à Universidade. Desta vez como mestrando em Gerontologia. A Pontifícia Universidade Católica de São Paulo abriu-me suas portas,

trazendo novos elementos de informação e de reflexão. Valorizando o ser humano que envelhece, o Programa de Mestrado em Gerontologia da PUC-SP promove um exercício dialógico sobre os problemas do idoso, resgatando a missão humanística da Gerontologia Social. Instiga uma busca pelo humano e a possibilidade de reconhecimento no outro, um ser humano complexo. Universaliza suas abordagens, explorando autores diversos, com pensamentos complexos e visões pluralistas. Explora ainda a curiosidade do pesquisador, alimenta o espírito investigativo, revigorando interrogações que podem ser sustentadas por literatura especializada.

Com uma proposta integradora aos diversos saberes, traz ao aluno a oportunidade de fazer uma reflexão crítica acerca das questões do envelhecimento. Delineia uma concepção mais aberta da educação gerontológica com um programa preocupado com as demandas individuais e coletivas, buscando a autonomia dos indivíduos, visando à sua transformação pessoal a fim de formar cidadãos capazes de organizar seus conhecimentos em vez de armazená-los por uma acumulação de saberes. Estabelece-se um clima de renovação pessoal sem o ranço de uma educação compartimentalizada, estagnada e tecnicista que, muitas vezes, observa-se em programas com propostas similares.

O Programa de Estudos contribuiu, de forma bastante significativa, para nosso desenvolvimento pessoal. Ressignificamos a forma como víamos o envelhecimento, desconstruímos modelos tipicamente cartesianos que nos foram apresentados durante nossa formação. Partimos para um novo entendimento das questões que envolvem o envelhecimento.

Para nossa pesquisa, o programa primou pela democratização dos

saberes, oferecendo-nos disciplinas que puderam nortear nossos estudos, sensibilizando-nos a buscar em outras novas formas de estudo. De cada uma delas, pudemos assimilar conhecimentos que possibilitaram realinhar um pensamento disperso, ainda em construção. As leituras dos diversos autores propiciaram informação, conhecimento e reflexão. Pudemos tear fios tênues que se compuseram e formaram uma rede de saberes, alguns emprestados, outros repaginados por meio da crítica e da assimilação. Ao final de um longo período de cultivo de saberes, o Programa foi fundamental para uma reavaliação acerca do exercício profissional.

Não objetivei a dissociação entre meu trabalho e minha produção intelectual. Acreditei que seria a complementação entre o saber cultural, originário de um modelo aristocrático e acadêmico e o saber operário, mesclado entre vivências do dia-a-dia alicerçado por uma noção administrativa.

É importante que se revele a busca pelo enriquecimento intelectual, não menosprezando nenhuma de suas variáveis. Mills (1982, p. 211) relata que “a erudição é uma escolha de como viver e ao mesmo tempo uma escolha de carreira; quer o saiba ou não, o trabalhador intelectual forma seu próprio eu à medida que se aproxima da perfeição de seu ofício; para realizar sua potencialidade, e as oportunidades que lhe surgem, ele constrói um caráter que tem como essência, as qualidades do bom trabalhador. Isso significa que deve aprender a usar a experiência de sua vida no seu trabalho continuamente”.

Uma questão fundamental se refere às relações entre o tema eleito para a pesquisa e a vida do pesquisador. Mills (1982, p. 211) ainda relata que “os pensadores mais admiráveis não separam seu trabalho de suas vidas.

Encaram ambos, demasiado a sério para permitir tal dissociação, e desejam usar cada uma dessas coisas para o enriquecimento da outra”.

Na construção do trabalho intelectual mesclo experiências profissionais vividas ao rigor acadêmico, compilando ideias estabelecidas, promovendo uma releitura de textos, unindo linhas de pensamento que contribuam para minha dissertação. Como numa trama de fios de uma rede, alinhavo ideias marginais à erudição na busca do conhecimento sistemático de relevância e do reconhecimento intelectual acadêmico.

Não se pode subestimar ou desprezar essa experiência como fonte potencializadora para a origem do conhecimento. Embora possamos ter uma análise simplista ao que se pode considerar como experiência pessoal de vida, ela se mostra numa importante fonte da pesquisa acadêmica original.

Idealizei o trabalho, vasculhando os arquivos de minha formação, desenhando um esboço rudimentar do papel do pesquisador como garimpador de ideias e fatos ordenados em tópicos para um melhor direcionamento da pesquisa. Foram feitos intercâmbios de informações e estabelecidas inter-relações, por vezes, insuspeitas. Passei a alterar minha rotina no sentido de ser um promotor do conhecimento, estabelecendo regras para a minha pesquisa.

1.2 Exposição do Tema e do Problema da Pesquisa

Como iniciar a dissertação de mestrado? Essa passou a ser uma questão difícil para responder nos últimos meses. A folha em branco era um desafio à escrita. No entanto, uma confusão de ideias passou a povoar a mente, desencadeando um bloqueio, uma inércia intelectual que demorou a se dissipar. Mas algo aconteceu que mudou esse quadro.

Conta-se uma história que um palestrante falava sobre trabalho em equipe. Dizia ele que, um dia, um faxineiro trabalhando na limpeza da plataforma de lançamento dos foguetes no Cabo Canaveral foi indagado por um turista. Esse queria saber o que ele fazia ali. O faxineiro que estava varrendo a plataforma segurou sua vassoura à frente do corpo, estufou o peito e disse: “Eu? Eu sou responsável por levar aquele foguete à Lua”. Incrédulo o turista perguntou: “Como assim?”. E continuou o faxineiro: “Faço parte de uma grande equipe e meu trabalho é manter esta plataforma limpa; minha atividade é tão importante quanto a do mais renomado cientista, pois qualquer sujeira que houver aqui poderá derrubar este foguete de milhões de dólares”.

A reflexão sobre essa história fez um turbilhão de ideias surgir na mente. Iniciar o presente estudo com a narrativa passou a ter um duplo propósito. Primeiro, antes mesmo de uma conceituação mais detalhada, suscitar no leitor uma aproximação sobre o conceito que elegemos como nuclear para esta dissertação: a composição de equipes interdisciplinares em Hospital Geriátrico e Gerontológico. E o segundo propósito foi utilizar a ideia central da história como substrato a ser explorado ao longo da dissertação.

A tarefa de desenvolver um projeto de pesquisa e, a seguir, escrever a dissertação envolve uma série de preliminares a serem consideradas. Pela natureza do trabalho não seria conveniente a escolha de um referencial teórico único, dado o caráter múltiplo das concepções acerca da interdisciplinaridade.

Houve uma ampla pesquisa bibliográfica em literatura especializada sobre os temas discutidos, destacando-se as dimensões do trabalho interdisciplinar consolidando-o como núcleo principal de nossas discussões, incorporando elementos de informação e reflexão, a fim de ampliar o olhar para além das fronteiras das disciplinas, favorecendo a emergência de novos saberes interdisciplinares.

Foram lidos artigos e autores diversos e realizada pesquisa na Internet. Seguiram-se autores cujos textos resultaram em uma compilação de saberes e experiências que redimensionaram a pesquisa, rompendo fronteiras não só entre as linguagens, mas também entre os meios e contextos em que o ser humano exerce sua singularidade. Fazenda, Senge, Drucker, Netto, Morin foram alguns dos muitos autores dos quais emprestamos ideias, configurando em uma nova cartografia cognitiva, caracterizada por colaborações entre diferentes linhas de pensamentos.

Na busca de uma maior compreensão do tema proposto, o estudo foi estruturado em quatro capítulos distintos e complementares em sua concepção. O conjunto dos capítulos que compuseram a dissertação tenta fazer uma aproximação aos conceitos até aqui apresentados, fornecendo fundamentos para a elaboração dessa dissertação.

O objetivo primordial foi o de articular elementos de construção de equipes interdisciplinares na composição de hospitais geriátricos e gerontológicos. Para que isso fosse alcançado, foram feitas análises das estratégias interdisciplinares delineadas para um hospital geriátrico e gerontológico, considerando aspectos relevantes do envelhecimento humano, da interdisciplinaridade, da educação continuada, da comunicação corporativa e da gestão de pessoas em ambiente hospitalar.

A base para a construção teórica deste objetivo partiu de uma composição de objetivos específicos que se entrelaçaram em possibilidades para compor uma organização alicerçada na pluralidade dos conceitos, na diversidade das profissões e no conhecimento teórico aliado à prática.

Nos capítulos 1 e 2, fornecemos toda a base teórica sobre a qual foram construídos os demais. O capítulo 1 abriu a discussão, assinalando a trajetória do explorador, através do compartilhamento de experiências empíricas vividas nos últimos 10 anos, à frente de um hospital com perfil geriátrico, descrevendo diferentes nuances de sua realidade em construção e que foram representativas para a contextualização do tema e do problema da pesquisa. O capítulo 2 apresentou a fundamentação teórica empírica e documental, pontuando conceitos, segmentada em cinco eixos de discussão. No primeiro eixo, analisamos os aspectos relevantes ao processo do envelhecimento

populacional por meio da análise das dimensões do envelhecimento humano. A seguir, foi feito um resgate conceitual do trabalho interdisciplinar no qual descrevemos os chamados referenciais conceituais da interdisciplinaridade e saúde, na formação de equipes para o cuidado ao idoso hospitalizado. Houve uma imersão nas bases epistemológicas dos conceitos, bem como o conceito de formação de equipe. Foram discutidas políticas de comunicação corporativa dentro de instituições hospitalares e apresentadas propostas de educação continuada voltadas à equipe multi e interdisciplinar.

Articuladas a essas concepções de comunicação e educação, fizemos a análise dos diferentes processos de formação dos cenários organizacionais e da gestão de pessoas para uma instituição hospitalar geriátrica e gerontológica, definindo os tipos de estruturas organizacionais e descrevendo o planejamento estratégico para instituições hospitalares.

No campo da educação, nosso esforço foi no sentido de promover uma nova relação do conhecimento a partir do campo da atenção à saúde do idoso, estabelecendo conexões entre as diversas disciplinas científicas que compõem o universo da gerontologia, trazendo para a discussão “os cinco princípios que subsidiam uma prática docente da interdisciplinar: humildade, coerência, espera, respeito e desapego (FAZENDA, 2002, p. 11)”.

No capítulo 3, apresentamos o hospital onde foi desenvolvido o ambiente da pesquisa priorizando equipes multi e interdisciplinares, para o cuidado ao idoso hospitalizado. Definimos, inicialmente, o perfil dos clientes, a missão e os objetivos organizacionais bem como a estruturação das equipes e os mecanismos envolvidos no processo de integração. Delineamos a estrutura organizacional, por meio do planejamento estratégico e do papel das lideranças

educativas nas questões referentes aos processos decisórios. Em seguida, descrevemos como foi concebido um centro de produção de conhecimento e a integração das diferentes áreas na sua concepção.

No capítulo 4, apresentamos as considerações finais, analisando o resultado do trabalho em suas diferentes abordagens, revelando suas limitações e contribuições.

Esta pesquisa não se ateve aos mínimos detalhes do funcionamento de um hospital. Não se trata de um “modelo estático”, nem sobre “como fazer”. Ao contrário, a intenção é apresentar princípios que possam contribuir para a construção do alicerce de um sistema que integre e valorize as pessoas que compõem as equipes do hospital.

A abrangência e a complexidade da proposta interdisciplinar neste estudo estão para além das questões de natureza técnica e, antes disso, incorporam-nas a uma reflexão e ação mais amplas a partir de objetos fronteiros de natureza complexa. No caso desta dissertação, ampliam o sentido de uma proposta para uma organização hospitalar geriátrica, objetivando situá-la na integralidade prática dos cuidados à saúde.

As múltiplas facetas que envolvem o processo de envelhecimento apontam para a necessidade de atenção abrangente à saúde do indivíduo idoso. Segundo a Organização Panamericana de Saúde, “quaisquer que sejam as atividades planejadas de promoção da saúde, deverão incluir atuação no campo biológico, psicossocial, político e legal”. Destaca, ressaltando a importância da participação de uma equipe de profissionais, que a promoção da saúde dos idosos deverá estar a cargo de uma equipe interprofissional (NETTO, YUASO e NUNES, 2007, p. 121).

No Brasil, em virtude do envelhecimento da população, há a necessidade de reestruturar os serviços e programas de saúde ao idoso, para que possam responder à nova configuração epidemiológica do país.

Torna-se evidente que, a partir destas considerações, necessitamos de uma ampla colaboração dos profissionais das várias áreas que estão envolvidos nos cuidados ao paciente idoso. É fundamental ampliar a abrangência dos serviços bem como melhorar a capacidade funcional e a sua sobrevivência.

Do ponto de vista de sua relevância teórica, a pesquisa contribuiu para a discussão sobre a gênese de serviços hospitalares geriátricos e gerontológicos, focando as equipes multi e interdisciplinares como seus principais atores para o cuidado ao paciente idoso.

1.3 Compondo o Enredo: a Gerontologia e a arte do cuidado à saúde do idoso

Para uma aproximação ao tema, apresentamos uma descrição inicial dos assuntos relevantes que serão abordados nos capítulos seguintes, compondo um enredo para suscitar posteriores discussões coletivas, pressupondo um trabalho integrado e o diálogo entre as múltiplas diferenças.

Abordaremos o papel da gerontologia como a arte do cuidado à saúde do idoso e o universo hospitalar frente aos desafios do trabalho em equipe, a fim de ampliar a nosso olhar, de modo a possibilitar sua ressignificação, no cotidiano de nossas práticas, contribuindo para a formação dos diversos cenários onde irão se desenrolar nosso estudo.

Desde tempos remotos, o tema do envelhecimento merece destaque

nas páginas da História: civilizações antigas como os hebreus ligavam a ideia de longevidade à obediência a Deus; durante o Renascimento italiano, prosperaram teorias sobre o envelhecimento, porém, é no século XIX, que o conhecimento gerontológico se constituiu como tal, apoiado nos avanços tecnológicos, nas possibilidades de intervenção e nos valores da biomedicina; no século XX, a área da Gerontologia, foi marcada pelo desenvolvimento das pesquisas científicas. Nos estudos contemporâneos, alguns autores integram fatores biológicos e sociais como parte do pensamento científico, criando dois polos de discussão em relação ao envelhecimento: processo degenerativo versus processo natural (MOTTA, 2005, p. 17).

O termo Gerontologia aparece por volta de 1903, empregado por Metchnikoff, sucessor de Pasteur. Em 1909, a especialidade médica Geriatria é proposta nos Estados Unidos da América, pelo médico I. L. Nascher (1863-1944), considerado o pai da Geriatria moderna, para tratar das doenças dos idosos e da própria velhice. A ideia de avaliação multidimensional e, portanto, da abordagem interdisciplinar, surge em 1930 com Warner, na Inglaterra. Nessa época, publicam-se os primeiros trabalhos científicos e são formadas as sociedades de Geriatria e Gerontologia. No Brasil, a Sociedade de Geriatria é constituída em 1961, tornando-se Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia em 1968, a partir da entrada de outros profissionais não médicos (MOTTA, 2005, p. 18).

O fenômeno do envelhecimento apresenta múltiplas dimensões à Gerontologia: área em constante desenvolvimento a qual se preocupa com a longevidade e a qualidade de vida do idoso. Essa atitude desdobra-se nas pesquisas pertinentes à área da saúde, enfatizando características, tais como, independência e estilo de vida e que, por consequência, abrangem pontos da

Medicina, Enfermagem, Psicologia, da Sociologia, da Antropologia, entre outras áreas do conhecimento.

Os conceitos de Gerontologia e Geriatria são diversificados e indicam variadas estratégias de estudo e intervenção no objeto em análise:

- Gerontologia: disciplina multi e interdisciplinar que tem por objetivo o estudo das pessoas idosas, as características da velhice, o processo do envelhecimento e seus determinantes biopsicossociais, capaz de fornecer uma atenção integral à população idosa. Compreendem-se por gerontologia social os aspectos antropológicos, psicológicos, legais, ambientais, econômicos, éticos e políticos de saúde.
- Geriatria: aspectos curativos e preventivos da atenção à saúde. Estuda patologias da velhice e suas implicações na saúde o idoso.

Segundo Carvalho (1984), “a Gerontologia estuda o idoso do ponto de vista científico, em todos os seus aspectos físicos, biológicos, psíquicos e sociais, sendo responsável pelo atendimento global do paciente. Assim, a geriatria, que se ocupa do aspecto médico do idoso, pode ser considerada como parte da gerontologia”.

Schoueri Junior *et al* (2000, p. 9) descrevem que:

[...] é função precípua do geriatra e do gerontólogo planejar o atendimento da população idosa, formar opiniões, sugerir normas e soluções, convencer as autoridades do setor de saúde, criar espaços para os demais profissionais que se interessam pela área, mudar a mentalidade vigente em relação ao idoso, tanto por parte da população quanto dos profissionais para a problemática do idoso, situação que, enfim, todos viverão.

Como se observa, a Gerontologia, como área do conhecimento específico acerca do envelhecimento, para que se desenvolva com eficácia, carece da interação com outras áreas afins, recombinação, reconstruindo e

elaborando a síntese de tais áreas. Não se deve, ainda, menosprezar a incorporação da práxis gerontológica. “Não se trata de redução das ciências a um denominador comum, mas à articulação de seus conteúdos, configurando um estatuto coerente e científico acerca do envelhecimento” (CAMACHO, 2002, p. 232).

Bass e Ferraro (2000, p. 97) analisam o conceito de Gerontologia, enumerando suas bases de conhecimento: Biologia, Psicologia, Sociologia, Ciência Política, História, Antropologia, Economia, Humanidades e Ética. Os autores apontam, ainda, o envolvimento de questões institucionais, nas quais alguns programas gerontológicos estão ancorados em departamentos, dificultando o processo de interdisciplinaridade.

Deve-se perceber que a Gerontologia destaca-se num processo que envolve parâmetros físicos, emocionais e de ordem social por meio dos quais a atuação da equipe interdisciplinar dá novo significado ao papel de cada profissional e estabelece as funções específicas desses em benefício da população idosa.

No momento atual, a eficiência no atendimento ao seguimento idoso é algo bastante importante, uma vez que são observadas baixas nas taxas de natalidade e de mortalidade, além de crescente expectativa de vida. Conte-se, ainda, com o aproveitamento do poder econômico e social desta parcela da população e do pleno exercício da cidadania em qualquer fase da vida e circunstância.

Alguns profissionais envolvidos com a Gerontologia iniciam, gradualmente, uma transformação em seus discursos com vistas a novos padrões de envelhecimento e experiências repletas de atividades,

oportunidades de lazer, além de grupos de convivência e a abertura das universidades para a terceira idade. O discurso da improdutividade, principalmente, dirigido ao mercado de trabalho e ao meio familiar não é mais totalmente válido. Diante desse contexto, a Gerontologia, em suas funções, incorpora subsídios técnicos e científicos de outros ramos afins que os transcendem e os contextualizam num exercício interdisciplinar.

Uma das principais características da interdisciplinaridade é a capacidade de incorporação dos resultados de múltiplas especialidades, formando, cada um, seus esquemas conceituais de análise, instrumentos e técnicas metodológicas de assistência. Dentro desse panorama, o papel da investigação científica demonstra como a integração pode ser profícua em relação ao atendimento do idoso. A ideia de ligar a teoria à prática gerontológica amplia o conhecimento científico, abarcando cognição prática e possibilidades reais de inovação.

O trabalho interdisciplinar em saúde possibilita, em primeiro lugar, reflexões sobre a forma como se compartilham os conhecimentos e, em segundo lugar, a alteração do atendimento ao cliente idoso, “evitando-se atitudes individualistas que nada favorecem o conhecimento acerca da Gerontologia, bem como a assistência a essa clientela” (CAMACHO, 2002, p. 232).

Nos diferentes capítulos deste estudo, a interdisciplinaridade será destacada como uma proposta articuladora no campo da saúde, da educação, da comunicação e, sobretudo, do conhecimento. Pondera-se que esta é inerente à constituição do campo da Gerontologia, uma vez que o processo de envelhecimento permeia todos os aspectos da vida, do biológico ao social, demandando, para sua operacionalização um trabalho em equipe.

Novas perspectivas reconhecem a Gerontologia como uma área rica, devendo proporcionar, além das abordagens convencionais, novos caminhos para a pesquisa em Saúde. A integração interdisciplinar é um processo reflexivo, consciente, que envolve relações de compromisso entre profissionais de saúde em referência ao idoso e seus familiares, articulando uma finalidade comum do entendimento à saúde.

Em Gerontologia, a interdisciplinaridade serve como instrumental na busca por mudanças no modo de trabalho nas comunidades, assim como nas unidades hospitalares. Deve proporcionar resultados que venham a somar conhecimentos e compactuar esforços dirigidos ao processo de desenvolvimento da área de saúde. Deve-se, ainda, estabelecer diálogos construtivos, em encontros de pesquisas, seminários e reuniões, trabalhando sempre a diversidade, a complexidade e a dinâmica social relacionada à pessoa idosa.

Nesse sentido, situar os idosos no centro de discussões, que são imperiosas ao desenvolvimento da sociedade, fazendo com que se fortaleçam e se sintam protagonistas nas mudanças é obrigação dos profissionais de Gerontologia. Vale ressaltar que a capacidade de integrar e interagir com as diferentes equipes multiprofissionais, cooperando de forma interdisciplinar na produção de saberes científicos, será fundamental na superação dos embates pelos quais passarão os idosos deste século.

Concluindo, mesmo com a crescente incorporação da ciência e da tecnologia aos processos produtivos e sociais, da cultura e mundo globalizados, precisamos somar esforços para a construção de uma ampla e difusa cidadania global onde todos, independentes da idade, possam viver com

dignidade e liberdade.

1.4 O universo do hospital e os desafios do trabalho em equipe

Antes de aprofundar conhecimentos em questões inerentes à formação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, torna-se significativo ter um breve relato dos principais aspectos que envolvem o ambiente, onde as ações são desenvolvidas: o hospital. É preciso conhecer a trajetória, a história e os principais aspectos que cercam a instituição como tal, para conhecermos as forças que determinam o planejamento estratégico em saúde, pois os profissionais contemporâneos se organizam, tradicionalmente, a partir de uma estrutura que possui uma longa tradição. Não há intenção em fazer uma análise aprofundada dos conceitos de gestão administrativa, mas fazer alguns questionamentos delimitadores de objetos de pesquisa.

O termo hospital surge do latim *hospitale* que significa casa ou instituição para hóspedes. No início da Era Cristã, havia hospitais somente para os viajantes doentes ou cansados, para os pobres, cegos e aleijados. A maioria desses hospitais primitivos era administrada por ordens religiosas. Durante séculos, os hospitais serviam basicamente como instituições voltadas a cuidar de pessoas muito pobres ou demasiadamente enfermas para serem

tratadas em casa. Os médicos não trabalhavam em hospitais. Tratavam a maioria de seus pacientes em casa ou no consultório. Predominava, no período que antecede o nascimento de Cristo, o preconceito de que os doentes deviam ser afastados do convívio social.

O tratamento médico adquiriu novo perfil com o Cristianismo. O enfermo era considerado um indivíduo que merecia atenções, pois enfrentava dificuldades e não conseguia resolvê-las com suas próprias forças. A atividade comunitária de assistência aos doentes sensibilizava mais e mais pessoas. Oficialmente, o advento do Cristianismo trouxe a institucionalização de entidades especializadas, mais objetivamente ao tratamento dos enfermos. Durante o Concílio de Niceia, em 355, as instituições hospitalares tornaram-se oficiais, a partir do decreto do Imperador Constantino. O Concílio determinou que em todas as cidades devesse existir local para acolher doentes, pobres e peregrinos.

O mais antigo hospital em funcionamento até hoje é o Hotel Dieu - Hotel de Deus ou Santa Casa de Paris, fundado em 641 da Era Cristã pelos franceses. Conta com quatro unidades nas quais os enfermos são distribuídos de acordo com o estágio de sua doença. O hospital é auto-suficiente, dispondo de padaria, horta e fazenda. Nesse período, os hospitais já são construídos como entidades regulares e indispensáveis ao combate das enfermidades, com a preocupação de que os métodos de tratamento não violem a imagem do enfermo, criada à imagem e semelhança de Deus – que é sinônimo de perfeição.

Com as Cruzadas, iniciadas em 1086, há uma proliferação de construção de hospitais, uma vez que as pestes e doenças em geral dizimaram

mais soldados do que as batalhas com os mulçumanos. Os cavaleiros da Ordem dos Hospitaleiros de São João assumem a função de atender os doentes e providenciar os serviços alimentícios e medicinais.

Foram construídos, no mesmo período, outros três grandes e importantes hospitais em Londres: São Bartolomeu, em 1137, que atendia doentes pobres e dispunha de uma unidade de isolamento; Tomas, em 1207, que funcionava em barcaças ao longo do Tamisa e, o Santa Maria de Belém, em 1247, o primeiro do mundo que se dedicava a atender doentes mentais.

No século XII, o Concílio Ecumênico traçou e deliberou normas aos monges, proibindo-os de exercerem atividades cirúrgicas em que houvesse derramamento de sangue, limitando a influência da Igreja à atividade hospitalar. Entretanto, com Dom Henrique VIII, a evolução do hospital se transformou sobremaneira, pois este deu fim à intervenção da Igreja nos hospitais e entregou a administração do hospital ao prefeito de Londres. Com tal atitude a finalidade do hospital em recuperar e promover a saúde passa a ser um dos objetivos do Estado. Esses hospitais recebiam enfermos pobres e acolhiam pessoas saudáveis carentes. Essa segregação transformou gradativamente alguns hospitais em “casas de educação vigiada” (BORBA, 1991).

O primeiro hospital da América foi construído em 1503, pelos espanhóis, em São Domingo, na República Dominicana. Cortés fundou o hospital, na Cidade do México, em 1524, com características semelhantes as dos hospitais primitivos: sujo, escuro e com um número excessivo de doentes.

Na Europa, mais precisamente em Portugal, no século XV, a rainha D. Leonor fundou as obras de Misericórdia. Quatorze dessas entidades objetivavam a assistência aos enfermos, originando a “Irmandade de

Misericórdia das Santas Casas”, cuja influência ultrapassou o Atlântico e chegou ao Brasil. Em 1543, Brás Cubas fundou a Santa Casa de Misericórdia de Santos.

A partir do século XVI, os hospitais assumem características mais específicas e puderam ser classificados em: valetudinárias (modestas enfermarias para o atendimento de tropas, construídas junto aos alojamentos, dando origem aos hospitais militares) e, *tabernae medicare* (espécie de ambulatório, destinado ao pronto atendimento, sem regime de internação).

No século XVIII, algumas cidades europeias construíram hospitais que serviam principalmente aos pobres e aos pacientes com doenças contagiosas. Funcionavam como instituições de caridade. Naquele momento, a classe mais abastada, geralmente, não recorria a esse tipo de assistência, pois se tratavam em suas próprias residências.

Durante o século XIX, os médicos descobriram novos medicamentos, visando a melhorar o processo de esterilização nos hospitais. Em 1842, o médico norte-americano Crawford W. Long usou, pela primeira vez, éter para anestesia, e quatro anos depois o dentista William T. Morton conseguiu realizar uma operação cirúrgica, utilizando o mesmo produto na esterilização para depois aplicar a anestesia, no hospital geral de Massachusetts, em Boston, EUA. O princípio da antissepsia demonstrou sua capacidade para reduzir infecções. Isso tornou a cirurgia muito mais segura e deu início à tendência – sempre crescente – de tratar os pacientes nos hospitais, pois no lar não seria possível estabelecer um grau máximo de limpeza.

Descobriu-se o emprego do equipamento de raios X nos hospitais no final da década de 1890. Foram implantados, ainda, cursos de enfermagem

como modelos na profissionalização dos serviços hospitalares. A escola de Nitghingale, fundada em Londres pela famosa enfermeira inglesa Florence Nitghingale, destacou-se como escola-padrão, com enfermeiras diplomadas. Os padrões do tratamento hospitalar melhoram significativamente, aumentando o número de pacientes, e mais, os hospitais criaram quartos particulares para doentes e, gradualmente, desapareceu a ideia de hospital-caridade, e simultaneamente, os pacientes começaram a pagar parte das despesas de sua hospitalização.

Desse modo, os hospitais passaram de albergues e isolamentos compulsórios de pobres e marginalizados para instituições voltadas integralmente para a medicina curativa. Acontecem diversos avanços no combate às bactérias, doenças, e com as guerras desenvolvem-se atividades de reabilitação física, social e profissional nos hospitais.

Hoje, os hospitais são considerados pela Organização Mundial de Saúde como parte de uma organização médica e social, cuja missão é proporcionar às populações uma assistência médico-sanitária completa (curativa e preventiva), cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar. Deve ser também um centro de formação de pessoal médico-sanitário e de investigação biossocial (GALVÃO e FEDERIGHI, 2002, p.212).

Os hospitais são instituições prestadoras de serviço, de grande importância social, que se configuram como sistemas abertos, pois além de sofrerem a ação do meio, são influenciados continuamente pelas mudanças que ocorrem continuamente em todos os campos sociais (BONATO, 2003, p. 2).

Um hospital traz uma peculiaridade até então pouco descrita na literatura. Sua concepção em termos de organização irá necessitar de uma

capacitação cuidadosa de seus quadros profissionais e isso reflete no preparo de equipes em que nenhuma venha exercer dominância sobre a outra.

Para que possamos promover a qualificação de recursos humanos em geriatria e gerontologia, não circunscritas à formação convencional, necessitamos de expandir a educação profissional em gerontologia e geriatria, incluir treinamentos multi e interdisciplinares, promover programas de educação continuada, bem-estar e cuidados às pessoas idosas para os profissionais envolvidos no cuidado hospitalar, incluindo eventuais cuidadores.

É preciso ter em mente que o idoso é o centro de nossas preocupações e a estruturação de um serviço especializado para prestar assistência à sua saúde traz novas possibilidades para a gestão hospitalar.

A OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) recomenda que cada país procure, com todos os meios disponíveis, desenvolver programas e serviços não tradicionais de atenção ao idoso, visando a alcançar o bem-estar integral dessa população no prazo de tempo mais curto e de melhor custo-benefício. Enfatiza, ainda, a necessidade absoluta de regulamentação e vigilância permanente do funcionamento dos diferentes serviços de atenção ao idoso pelas autoridades públicas competentes, procurando evitar que a assistência a estes cidadãos seja fonte inescrupulosa e desmedida de lucro para setores empresariais da comunidade, o que prejudica ainda mais o equacionamento da difícil problemática de atenção a estas pessoas (BRITO e RAMOS, 2007, p. 680).

1.5 Promoção da Saúde e Envelhecimento Ativo

As alternativas para superar os problemas advindos do envelhecimento têm se mostrado como importantes aliadas na melhoria da qualidade de vida dos idosos. Embora múltiplos aspectos estejam envolvidos neste processo, propiciar à pessoa idosa condições para uma velhice saudável tem sido fonte de inúmeras pesquisas em todo o mundo.

As discussões em torno das possibilidades para solução dos problemas que se apresentam em decorrência do envelhecimento ultrapassam questões regionais, o que nos leva a uma necessidade de compartilhamento de experiências. Para que possamos ter a velhice como uma experiência bem sucedida é necessário que esta seja acompanhada de oportunidades contínuas de saúde e que tenhamos condições de incorporar práticas de Promoção de Saúde e Envelhecimento Ativo.

O termo Promoção de Saúde não é uma expressão nova na área de saúde. Emerge como uma dentre as tantas possibilidades de integrar o que a modernidade fracionou (WENDHAUSEN e SAUPE, 2007, p.118). Em 1946, Sigerist (apud TERRIS, 1996, p. 37), historiador e médico, foi um dos primeiros estudiosos a usar o termo que descreve serem quatro as tarefas essenciais da Medicina: a promoção de saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação.

Em 1996, durante a I Conferência Mundial de Promoção de Saúde, foi acordado o conceito de Promoção de Saúde que consiste em

[...] proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Para alcançar um estado adequado de bem estar físico, mental e social um indivíduo/grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, de satisfazer suas necessidades e de modificar ou adaptar-se ao meio ambiente. A saúde não é, portanto, um objetivo, mas fonte de riqueza da vida cotidiana. Trata-se de conceito positivo que acentua os recursos sociais e pessoais, assim como as atitudes

físicas. Considerando que o conceito de bem-estar transcende a ideia de formas de vida saudáveis, a promoção de saúde não concerne exclusivamente ao setor saúde [...] (OPAS, 1996, p.367, *apud* WENDHAUSEN e SAUPE, 2007, p.124).

Ainda, na mesma Carta (OPAS, 1996, *apud* WENDHAUSEN e SAUPE, 2007, p. 124-125), encontramos as cinco estratégias preconizadas para o alcance desta política, que são:

- a) *Elaboração de políticas públicas saudáveis*: a política de Promoção de Saúde requer que se identifiquem e eliminem os obstáculos que impedem a adoção de medidas que favoreçam a saúde. O objetivo é que as opções saudáveis sejam as mais fáceis;
- b) *Criação de ambientes favoráveis*: a partir da avaliação dos impactos que as mudanças ambientais provocam na saúde, principalmente nos setores de tecnologia, trabalho, energia, produção e urbanização devem ser tomadas medidas que garantam o caráter positivo de seus efeitos na saúde pública;
- c) *Reforço da ação sanitária*: a Promoção de Saúde implica participação efetiva e concreta da comunidade na eleição das prioridades, tomadas de decisões, elaboração e implementação de estratégias para alcançar o melhor nível de saúde, num processo de estímulo à autonomia, apoio social, participação e controle social;
- d) *Desenvolvimento de atitudes pessoais*: a promoção deve favorecer o desenvolvimento social e individual, através da informação e educação em saúde, de modo a incrementar as opções disponíveis, para que as populações exerçam maior controle sobre sua própria saúde e meio ambiente;
- e) *Reorientação dos serviços de saúde*: este quesito implica, primeiramente, compartilhar a responsabilidade da Promoção da Saúde com os grupos comunitários, profissionais de saúde, instituições, serviços e governos; depois reorientar o modelo assistencial, de modo a torná-lo mais sensível às necessidades culturais dos indivíduos/famílias/grupos/comunidades e as respeite, criando vias de comunicação entre o setor sanitário e os demais setores. Isto também supõe uma maior atenção à educação, formação profissional e à investigação.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005, p. 13) adotou o termo “envelhecimento ativo” para expressar o processo de conquista desta visão. Define com envelhecimento ativo o processo de otimização das oportunidades

de saúde, participação e segurança, como o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela Organização Mundial de Saúde no final dos anos 90. Procurou transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável”, e reconhecer, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (KALACHE e KICKBUSCH, 1997, *apud* OMS, 2005, p. 14).

A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados (OMS, 2005, p. 13).

Para que haja efetivamente um envelhecimento ativo é preciso que os sistemas de saúde atuem de forma coordenada numa perspectiva de curso de vida que vise à promoção de saúde, à prevenção de enfermidades e ao acesso equitativo aos cuidados primários de saúde e de longo prazo.

Tanto a Promoção de Saúde quanto o Envelhecimento Ativo suscitam preocupações e inquietações de diversos setores da sociedade, pois esbarram em vontades políticas e diferenças regionais de um mundo globalizado. Garantir *uma sociedade para todas as idades*, como defendeu a ONU em

1999, “como parece ser o fundamento da justiça social, não pode se constituir sem que se observe a velhice com uma construção social necessariamente plural e heterogênea (FONTE, 2002, p. 13)”.

2 PANORAMA CONCEITUAL: AS DIMENSÕES DO ENVELHECIMENTO HUMANO

No que concerne às responsabilidades, os pesquisadores em ciências humanas e em ciências naturais não se encontram em diferentes situações. Mas os primeiros, trabalhando diretamente com os problemas sociais podem sentir mais ainda o peso das responsabilidades. Ambos, no entanto, não podem controlar inteiramente o que resultará de suas pesquisas.

(Laville, 1999, p. 60)

As transformações socioeconômicas e de saúde que ocorreram em diversas populações de todo mundo, no último século, levaram a uma nova composição demográfica mundial. Embora as mudanças não tenham sido uniformes, persistindo contrastes significativos entre populações de regiões distintas do planeta, um fenômeno marcou esta transição: o envelhecimento humano.

O envelhecimento populacional hoje é visto não só como um dos maiores trunfos da humanidade, mas também um de seus grandes desafios. Nota-se, em todo mundo, um aumento exponencial de pessoas com mais de 60 anos em comparação a outras faixas etárias. Embora presente em todos os continentes, os problemas são, sem dúvida, mais agudos e dramáticos nos países em desenvolvimento, entre os quais o Brasil é um bom exemplo.

Até 2025, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil

será o sexto país do mundo em número de idosos. Outras projeções, divulgadas no U.S Bureau of the Census (1996), colocam-no, em termos absolutos, como a sétima população de idosos do mundo, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (Quadro 1). E isso implica não só maior número de problemas médicos crônicos e degenerativos, mas uma necessidade crescente a um novo olhar para os problemas enfrentados por este segmento populacional.

Todos estes problemas representam desafios que deverão ser enfrentados com a finalidade de ajudar as pessoas mais velhas a se manterem saudáveis e ativas pelo maior tempo possível. Observa-se que este crescimento da população idosa é um reflexo do aumento da expectativa de vida o qual culminará com uma verdadeira revolução da longevidade.

Quadro 1 - Ranking dos Países com Maior Número em Idosos em 2025 e aumento desde 1996

País	1996	Número	2025	Número	Aumento
China	1	115,2	1	290,6	152,3
Índia	2	61,9	2	165,1	166,7
Estados Unidos	3	43,9	3	82,5	87,9
Japão	4	26,3	4	39,6	50,6
Indonésia	6	13	5	37,8	190,8
Rússia	5	24,7	6	34,2	38,5
Brasil	11	11,6	7	30,7	164,7

Fonte: U.S. Bureau of the Census, 1996. Global Aging in the 21 st. Century. In. CHAIMOWICZ, F. (1998). In Geriatria, Fundamentos, Clínica e Terapêutica. FILHO, Eurico T.C. e NETTO, Matheus P. - 2. ed. – São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 19.

Esta revolução em todo o mundo revelou-se como um grande desafio para este milênio. Não se podem avaliar as implicações deste crescimento

apenas através do modelo biomédico, limitando-se a embates biológicos. Por isso mesmo, o pesquisador deve ter sempre a mente aberta, pois ao estudar o ser humano em sua complexidade o obriga a pensar na vida, em suas relações com o outro, na sociedade e na cultura por meio de um modelo biopsicossocial que reconhece a complexidade das forças que afetam a doença, a saúde o processo de cura.

Segundo Netto (2007, p.9), as alterações funcionais próprias do envelhecimento associadas à maior prevalência de doenças crônicas podem levar à deterioração da habilidade de manutenção de independência. Por outro lado, é necessário deixar claro também que mesmo o portador de doença poderá sentir-se saudável, ativo em seu meio e ter, em última análise, boa qualidade de vida.

Envelhecer em si não pode apenas resumir-se ao correr dos anos. Embora o avançar da idade traga alterações funcionais inevitáveis, o envelhecimento não pode ser compreendido exclusivamente como um período de degradação ou perdas. São diferentes contextos nos quais precisamos considerar diferentes “velhices”.

A velhice cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento. Contrariando a tendência em homogeneizar as pessoas idosas, é sabido que diferentes pessoas com a mesma faixa etária não podem se consideradas como tendo um mesmo padrão de envelhecimento. Isto demonstra que a velhice explica-se pela heterogeneidade dos conceitos.

Para os profissionais de saúde, a velhice detém características próprias. Há diferenças entre a idade cronológica e idade biológica. Segundo Motta (2005, p. 10), a idade cronológica consiste no tempo transcorrido a partir de um

momento específico: a data de nascimento do indivíduo, por exemplo. A idade biológica não necessariamente acompanha a passagem do tempo, acontecendo em momentos e ritmos distintos em cada indivíduo.

Ressalta-se que transformações biológicas relacionadas à idade podem surgir em diferentes partes do corpo em momentos diversificados, e que o ritmo de mudanças varia entre células, tecidos e órgãos, bem como de indivíduo para indivíduo. Em oposição ao envelhecimento cronológico, o biológico não pode ser mensurado, pois depende da variabilidade individual.

Baseado nos estudos de Joel Martins (1991), Medeiros (2003) reflete sobre a trajetória humana a partir do processo de envelhecimento descrevendo que nossa existência tem dois tempos: o *Cronos*, um tempo cronológico, determinado, que registra os acontecimentos, as datas significativas de nossas vidas e o *Kairós*, que é o tempo vivido, que acolhe nossas experiências e é intransferível. E completa que a articulação entre esses dois tempos é o trabalho de toda nossa vida.

Para Martins (1991) “o tempo não é uma dimensão cronológica medida em dias, meses e anos, mas sim um horizonte de possibilidades do ser”. Individualmente, a pluralidade de aspectos envolvidos no envelhecimento nos imprime particularidades que nos diferem durante o processo de enfrentamento da velhice.

O envelhecimento não é um evento com data marcada, mas é um processo que se dá durante toda a nossa trajetória. Nascemos envelhecendo, e durante toda a nossa vida sempre somos mais jovens e mais velhos que alguém. O envelhecimento é um processo e a velhice é uma etapa da vida (Medeiros, 2003).

O processo de envelhecimento extrapola a biologia e abre espaço para novas experiências, carregadas de dimensões múltiplas que contemplam questões sociais, políticas, culturais e econômicas. Alguns estudiosos verificam essa condição e justificam-na pela impossibilidade de estabelecer conceitos e terminologias amplamente aceitáveis em relação ao envelhecimento, o que depende das políticas e ideologias associadas a determinadas sociedades (CAMACHO, 2002, p. 230).

Não se pode pensar na velhice por meio de uma concepção problematizadora, nem tão pouco viver a ilusão de que a velhice seja supostamente cheia de virtudes. Para que o envelhecimento seja uma experiência positiva é preciso que este seja acompanhado de oportunidades contínuas de saúde, por meio de concepções objetivas, distinguindo a realidade da especulação.

Para envelhecer bem é preciso livrar-se dos estigmas à velhice, como fase de decrepitude e resignação, fase de vergonha e de perdas. É fundamental buscar soluções integradoras e programas destinados aos idosos, desenvolvidos em nome da inserção, da cidadania, da dignidade, do reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas, da participação, da qualidade de vida e do envelhecimento ativo, para que melhorem sua capacidade de produção e independência.

Diversos aspectos do envelhecimento deverão ser contextualizados para a formação de um conceito globalizante de velhice. E o que se observa é que a velhice é um conceito em permanente processo de mudança. Para Mercadante (1997, p. 26) “o destino da velhice, o ser velho não é ser igualmente velho em todos os lugares, este destino é vivido de maneira variável segundo o contexto

social”.

Na questão emergente sobre o idoso, existe uma intensa preocupação e integração dos profissionais de diversas áreas da saúde. Esse fenômeno surge em decorrência de um processo de transição demográfica e epidemiológica que o país mostra de forma heterogênea, associado, em grande parte, às dificuldades sociais. A população idosa constitui-se como um grupo bastante diferenciado entre si e em relação aos demais grupos etários, e, qualquer que seja o enfoque, a situação dessa parcela da população é bastante expressiva.

O termo transição demográfica refere-se ao processo gradual pelo qual uma sociedade passa de uma situação de altas taxas de fecundidade e mortalidade a uma situação de baixas taxas de tais indicadores. Quando há queda na taxa de mortalidade, com aumento da expectativa de vida e diminuição da taxa de fecundidade, a população começa envelhecer (PASCHOAL, SALLES e FRANCO, 2005, p. 20).

O crescimento demográfico da população idosa tem sido de grande interesse para os diversos setores de pesquisa em nosso país. Cabe salientar, que esta dinâmica é de fundamental importância no planejamento de políticas voltadas a este grupo da população, pois há aumento nos recursos dispendidos na área de saúde à medida que ocorre o crescimento da população de idosos, o que reflete também a preocupação mundial com estas transformações demográficas.

O envelhecimento populacional conduz a necessidade de reavaliar critérios relativos aos gastos sociais que sobrevêm do novo perfil da pirâmide etária (FONTE, 2002, p. 2). Envelhecer aumenta o peso dos cuidados com a

saúde e a necessidade de aprimorar as relações, a solidariedade social e intergeracional. E é por isso que nosso novo saber em saúde, específico e avançado, faz-se necessário, com parâmetros técnicos, culturais, sociais e biomédicos, que tenham como foco a prevenção e a promoção de saúde.

Por outro lado, a população idosa é alvo de inúmeras patologias crônicas, degenerativas, que trazem alta dependência, e que demandam aprofundamento de conceitos como prevenção, paliativismo, suporte, apoio, e não somente cura.

Ao profissional cabe trabalhar não somente com o paciente, mas com sua família e/ou cuidadores, observando a morte e a incapacidade como situações possíveis (MOTTA, 2005, p. 8). Esse profissional necessita compreender que as diretrizes do trabalho voltado ao enfrentamento das questões de saúde/adoecimento dessa parcela específica da população extrapolam o modelo biomédico tecnicista. Deve-se adotar uma estrutura organizacional que leve em consideração os aspectos sociais, econômicos e subjetivos do processo de saúde-doença.

Assim sendo, o compromisso dos profissionais de saúde não pode ser passivo frente ao contexto social dos idosos. Deve ser dotado de ações e reflexões sobre a realidade, implicando valores humanos fundamentados cientificamente. Na ampliação dessa fundamentação, os conhecimentos em torno do homem tomam corpo e se tornam críticos e reflexivos, a partir de um novo olhar sobre a realidade vivenciada.

Só através de uma Medicina Preventiva, visando a um controle de doenças crônicas e potencialmente incapacitantes, poderemos garantir que nossos idosos sejam mais saudáveis e que o nosso sistema de saúde seja

menos oneroso. Desmistificar o conceito centrado nas doenças e decrepitude das pessoas idosas para outro, igualmente unificador, baseado no conceito de envelhecimento ativo, poderá levar a uma sociedade para todas as idades.

2.1 Estrutura e Dinâmica das Organizações Hospitalares

As organizações modernas estão sendo desafiadas constantemente por ambientes cada vez mais complexos e dinâmicos, provocando alterações radicais no modo de serem gerenciadas. O sucesso para esse impasse está na capacidade que as pessoas da organização têm de aprender a aprender o novo e de desaprender o passado, o obsoleto, ou seja, fundamentalmente há uma reconceitualização dos modelos mentais de cada indivíduo refletindo, por conseguinte, na própria mudança de atitude da organização (PEREIRA, 2003, p.2).

Ao iniciar nosso levantamento bibliográfico, observamos que a aplicabilidade das ferramentas das ciências administrativas ao processo de gestão, planejamento, organização, controle e prestação de serviços dos projetos conduzidos pelas organizações de saúde, é um campo ainda em desenvolvimento para algumas organizações de saúde. Isso ocorre em virtude de ainda manterem-se ligadas à tradição e não se desenvolverem no paradigma da modernidade.

Procuramos fazer, ante a urgência referente à questão do processo do envelhecimento, uma releitura dos modelos e das ferramentas de gestão das ciências da administração, pelo simples fato dela estar atrelada ao lucro e ao sistema capitalista, afim de que novas dinâmicas administrativas possam ser desenvolvidos específica e hibridamente.

Das primeiras “casas para hóspedes”, passando pelas instituições valorizadas pelo Cristianismo, aos hospitais privados e públicos atuais, o ambiente hospitalar tornou-se alvo de intensas transformações comportando-se como centro de referência para aqueles que procuram alento para seus males de saúde e que não puderam ser resolvidos em níveis inferiores.

Malagón-Londoño (2000, p. 4) relata que a grande responsabilidade do hospital em relação ao indivíduo, à sua família e à comunidade em geral, à complexidade de sua direção, aos avanços técnicos e científicos e aos modernos conceitos de gerência, direção ou administração foram os principais fatores que motivaram o empreendimento da difícil tarefa de recompilar critérios dispersos e reunir elementos fundamentais para se atingir o protótipo do hospital eficiente.

Em um mundo em constantes transformações, onde as grandes empresas – e o hospital é uma delas – concentram seus esforços na busca pela qualidade, foram criados conceitos de gerência estratégica, planejamento estratégico, reengenharia de processos, administração por políticas para adequar as instituições aos novos paradigmas da administração.

É imperativo incluir a instituição de saúde dentro de tais parâmetros, pela necessidade de torná-la confiável e capaz de responder às crescentes expectativas e anseios gerados pelas demandas do indivíduo. A satisfação do paciente, inicialmente apontada apenas como um indicador de resultado ganhou, aos poucos, relevância e passou a representar um componente importante dentro da gestão da qualidade, bem como questões de interação social e responsabilidade com o meio ambiente.

A gestão administrativa do hospital moderno tem algumas características

diferentes daquelas do hospital antigo, uma vez que hoje tais instituições são concebidas como empresas prestadoras de serviços de saúde, em disposição permanente para atender a todas as expectativas e demandas de um cliente, o paciente; ainda assim, dispostas a operar em mundo de competência e de qualidade. Essa competência deve ser estabelecida sobre os seguintes pilares: planejamento, organização, satisfação do trabalhador, orçamento, avaliação da gestão, disponibilidade de retroalimentação (retroação) e ética (MALAGÓN-LONDOÑO, 2000, p. 5).

É evidente que a missão principal de um hospital é a recuperação da saúde do indivíduo. Para isso, precisa disponibilizar todos os esforços administrativos, técnico-científicos e de pesquisa sob a responsabilidade de uma equipe de profissionais que esteja devidamente bem preparada e selecionada.

Desde a admissão do paciente até a sua alta, transcorre uma série de etapas que exigem cuidadosas e acertadas intervenções das pessoas que, em etapas sucessivas, devem assumir a responsabilidade correspondente, sem se poder determinar qual a etapa é a mais importante, levando-se em consideração que toda a equipe multidisciplinar envolvida na normalização da alteração física que motivou a hospitalização compromete seu nível máximo de conhecimento, sua destreza, sua habilidade e sua ética na etapa mais sofisticada da assistência de saúde (MALAGÓN-LONDOÑO, 2000, p.4).

Para Drucker (2002, p. 201), qualquer organização existente, seja ela uma empresa, uma igreja, um sindicato, seja um hospital decai rapidamente se não inovar. Inversamente, qualquer organização *nova*, seja ela uma empresa, uma igreja, um sindicato, seja um hospital fracassa se não administrar. E

completa que “a administração tornou-se a nova função social mundial”.

Segundo o mesmo autor, a evolução e a história da administração – seus sucessos bem como seus problemas – nos ensinam que ela trata, acima de tudo, de pouquíssimos princípios essenciais, a saber:

- a) A administração trata dos seres humanos. Sua tarefa é capacitar as pessoas a funcionar em conjunto, efetivar suas forças e tornar irrelevantes suas fraquezas. É disso que trata uma organização, e esta é a razão pela qual a administração é um fator crítico e determinante.
- b) A administração está profundamente inserida na cultura, porque ela trata da integração das pessoas em empreendimento comum. O que os administradores fazem, na Alemanha Ocidental, no Reino Unido, nos EUA, no Japão, ou no Brasil, é exatamente o mesmo. Como eles fazem é que pode ser bem diferente. Assim, um dos desafios básicos que os administradores enfrentam em países em desenvolvimento é descobrir e identificar as parcelas de suas próprias tradições, história e cultura que possam ser usadas como elementos construtivos da administração.
- c) Toda empresa requer compromisso com metas comuns e valores compartilhados, com objetivos simples, claros e unificantes. A missão da empresa tem de ser suficiente clara e grande para promover uma visão comum. As metas que a incorporam devem ser claras, públicas e constantemente reafirmadas.
- d) A administração deve também capacitar a empresa e cada um de seus componentes a crescer e se desenvolver à medida que mudem as necessidades e oportunidades. Toda empresa é uma instituição de aprendizado e ensino. Treinamento e desenvolvimento precisam ser instituídos em todos os níveis de sua estrutura.
- e) Toda empresa é composta de pessoas com diferentes capacidades e conhecimentos, que desempenham muitos tipos diferentes de trabalho. Deve estar ancorada na comunicação e na responsabilidade individual. Todos os componentes devem pensar sobre o que pretendem alcançar e garantir que seus associados conheçam e entendam essa meta. Todos têm que considerar o que devem aos outros e garantir que esses outros entendam. E todos têm de pensar naquilo que eles, por sua vez, precisam dos outros, e garantir que os outros saibam o que se espera deles.
- f) Nem o nível de produção nem a “linha de resultados” são, por si sós, uma medição adequada do desempenho da administração e da empresa. Posição no mercado, inovação, produtividade, desenvolvimento do pessoal, qualidade, resultados financeiros, todos são cruciais ao desempenho de uma organização e à sua sobrevivência.

- g) Finalmente, a única e mais importante coisa a lembrar sobre qualquer empresa é que os resultados existem apenas no exterior. O resultado de uma empresa é um cliente satisfeito. O resultado de um hospital é um doente curado. O resultado de uma escola é um aluno que aprendeu alguma coisa e a coloca em funcionamento dez anos mais tarde. Dentro de uma empresa, só há custos (Drucker, 2002, pp. 203-204).

Não podemos esquecer que estes custos os quais Drucker menciona demonstram que o hospital, em nossa sociedade, insere-se em condições de mercado, sofrendo influências de políticas socioeconômicas. Isso traz consequências, por vezes, difíceis para administração da organização, pois se encontram numa dualidade entre a práxis diária do hospital que necessita manter-se fiel aos propósitos de restaurar e promover a saúde, dentro de um bom padrão técnico e num ótimo nível de humanização e a necessidade em fazer jus aos grandes investimentos para a capitalização do negócio.

2.1.1 Conceito de Empresa Hospitalar

O hospital é fundamentalmente um sistema mais humano do que mecânico, embora possua diversos equipamentos, materiais e instalações dentro de sua estruturação. No entanto, devemos pensá-lo de diferentes maneiras, como uma organização complexa, que engloba não só cuidados aos pacientes, mas também capaz de promover uma medicina integral, buscando soluções para problemas de saúde da comunidade.

Dentro de sua complexidade, por meio de um enfoque empresarial, várias “microempresas” superespecializadas se conjugam para compor um todo, tais como: limpeza hospitalar, laboratórios, serviços de imagem, centros cirúrgicos, central de materiais esterilizados, unidades de tratamento intensivo, manutenção, serviço de nutrição e dietética, dentre outras.

Não cabe aqui ater-se a descrever detalhes desta complexidade, uma vez que inúmeros estudos já o fizeram. O objetivo maior está em destacar as dimensões e potencialidades humanas no processo de desenvolvimento empresarial hospitalar interno e externo, trazendo para discussão uma concepção paradigmática de atenção integral à saúde, culminando com a análise de uma conformação hospitalar inovadora, através de organizações integradoras, voltadas ao paciente geriátrico.

O hospital é uma estrutura que funciona como um verdadeiro centro de saúde polivalente. Para que se possa entender o hospital, é preciso vê-lo como uma organização de características próprias que o diferenciam de outras organizações ou instituições.

No Brasil, existem diversas categorias de hospitais que, de acordo com as especialidades existentes, podem ser classificados em gerais ou especializados. O Hospital Geral é destinado a prestar assistência nas quatro especialidades médicas básicas – clínica médica, clínica cirúrgica, clínica gineco-obstétrica e clínica pediátrica. Já, o Especializado é destinado a prestar assistência em especialidades como maternidade, neurocirurgia, cirurgia cardíaca, geriatria entre outras.

De acordo com seu número de leitos, os hospitais podem ser classificados em porte pequeno (até 50 leitos), médio porte (51 até 150 leitos), grande porte (151 a 500 leitos) e porte especial para os hospitais acima de 500 leitos.

Os hospitais ainda podem ser classificados quanto à natureza de propriedade em públicos, que são aqueles que integram o patrimônio da União, Estados, Distrito Federal e municípios, autarquias, fundações instituídas pelo

poder público, empresas públicas e sociedade de economia mista (pessoas jurídicas de direito privado); privados ou particulares, onde integram o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado, não instituída pelo Poder Público; filantrópicos em que prestam serviço para a população carente, por intermédio do SUS, respeitando a legislação em vigor e o chamado Hospital-Escola que integra o aprendizado como seu objetivo maior, promovendo o atendimento aos pacientes subsidiados pelo SUS.

Existem outras classificações que podem ou não levar em consideração os critérios aqui estabelecidos, no entanto, não terão relevância para nosso estudo.

2.1.2 Estruturas inovativas: hospital geriátrico e gerontológico

Analisando uma retrospectiva histórica da política de saúde brasileira, os aspectos relevantes aos cuidados dos nossos idosos têm sido equacionados, na qualidade das políticas públicas, por meio da Política Nacional do Idoso, aprovada em 4 de janeiro de 1994 (Lei nº. 8.842/94) e do Estatuto do Idoso, aprovado em 1º de outubro de 2003 (Lei nº. 10.741), demonstrando uma efetividade aquém das necessidades desse segmento da população.

Consequente ao envelhecimento populacional, observa-se uma maior demanda em relação aos serviços de saúde, bem como, um aumento da população economicamente inativa, o que aumenta de forma considerável os gastos públicos, provocando um “ônus” do envelhecimento que, tanto países desenvolvidos, quanto países em desenvolvimento preferem não arcar. Dessa forma, torna-se imperiosa a reformulação dos serviços de saúde, e que possa absorver, ao menos em parte, o impacto desse novo perfil epidemiológico visto

em nosso país.

Embora cada estabelecimento da saúde apresente diferentes missões e serviços, há uma série de processos utilizados nesses estabelecimentos que convergem para um senso comum. Esses processos comuns incluem receber o indivíduo na organização para os cuidados e serviços, respeitar sua individualidade e seus direitos, avaliar suas necessidades, planejar e reduzir uma variedade de serviços apropriados, prover educação relevante, integrar cuidados e serviços dentro do estabelecimento e entre estabelecimentos.

É importante salientar que, quando se fala de um hospital, não se pode ater apenas à estrutura física, ou aos seus profissionais, nem àqueles que estão doentes e desejam se curar. Como já foi dito anteriormente, é preciso que a abrangência na avaliação do hospital seja holística, analisando seus mais “variados recursos, elementos e dispositivos que, articulados e submetidos a uma ação coordenada, podem conduzir à saúde integral, isto é, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (MALAGÓN-LONDOÑO, 2000, p. 9)”.

Reconhece-se que o êxito de uma avaliação holística deva contemplar medidas que equacionem as condições sociais dos idosos, acrescentando-se aos aspectos de saúde àqueles relativos à economia, à política, às questões ecológicas, ambientais e dos hábitos de vida pessoal.

Para Coelho Filho (2000, p. 667), “muitos profissionais e gestores em saúde são, na verdade, céticos em relação à importância da provisão abrangente de serviços para pessoas com idade avançada”. Veem a velhice como uma fase de decrepitude e perda das funções e autonomia, os quais demonstram uma visão estereotipada sobre o envelhecimento.

Embora existam diferentes estratégias de organização de serviços hospitalares para o idoso, há razoável consenso acerca de princípios e características que devem permear tais serviços, os quais têm importantes implicações sobre os recursos e os tipos de profissionais necessários, e são intrinsecamente relacionados à natureza dos problemas de saúde na idade avançada (Quadros 2 e 3).

Quadro 2 - Características do Processo Saúde-Doença no Idoso

Múltiplos problemas de saúde
Uso de múltiplos medicamentos
Deterioração rápida de condições agudas quando não prontamente tratadas
Apresentação frequentemente inespecífica e insidiosa de doenças
Frequentes complicações secundárias a doenças e tratamentos
Maior predisposição a descompensação
Fatores sociais e ambientais frequentemente envolvidos no desenvolvimento, descompensação e recuperação de problemas de saúde

Fonte: Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. COELHO FILHO, J M. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v. 34, n. 6, p. 666-71, 2000.

Quadro 3 - Princípios de Serviços para Internação de Casos Geriátricos Agudos

Abordagem interdisciplinar
Abordagem por médicos com formação geral
Profissionais familiarizados com peculiaridades da apresentação e do manuseio de doenças do idoso
Possibilidade de incorporar outras intervenções que não às estritamente técnicas
Minimização de procedimentos cujos benefícios não são claramente estabelecidos
Identificação sistemática daqueles com maior risco de complicações e de evolução Desfavorável
Reabilitação para promover recuperação

Garantia de fácil acesso pela clientela assistida
Esforços para abreviar períodos de internação
Processo sistemático de preparo de alta, garantindo continuidade de tratamento
Em outros setores ou níveis do sistema

Fonte: Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. COELHO FILHO, J M. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v. 34, n. 6, p. 666-671, 2000.

Pensando na assistência à saúde do idoso, buscamos analisar a estruturação de um serviço geriátrico e gerontológico, promovendo uma avaliação multidimensional e integral da pessoa idosa, a fim de que atenda suas necessidades, tanto para tratamentos agudos quanto para o seguimento crônico de suas enfermidades.

Na tentativa de definir a integralidade da atenção ao idoso no hospital, partimos de um senso comum a partir do qual podemos dizer que a atenção integral à pessoa idosa seria o esforço por uma abordagem completa, holística, da pessoa portadora de necessidades de saúde que, por certo período de sua vida, precisasse de cuidados hospitalares. Tal abordagem implicaria em garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resultasse em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada. Nessa concepção, descrevemos, a seguir, o conceito de Organizações Hospitalares Integradoras.

2.2 Organizações Hospitalares Integradoras

Deve-se considerar que a preocupação em estruturar um Hospital Geriátrico e Gerontológico requer uma pluralidade de conceitos para sua concepção. Portanto, nossa intenção é fugir do “modelo” prevalente de hospitais, que pressupõe a organização do cuidado com base em doenças e órgãos. O

cuidado ao idoso é, por definição, abrangente, envolvendo diferentes níveis de atenção e espaços institucionais com níveis de desenvolvimento, complexidade e custos crescentes.

Inicialmente, há necessidade de desmistificar a questão do cuidado à saúde do idoso em nível hospitalar para que possamos vislumbrar um novo sentido a esse cuidado. Muitos gestores e profissionais de saúde ainda mantêm uma visão estereotipada sobre o envelhecimento, acreditando ser esse um segmento sem retorno, do ponto de vista individual e coletivo e trazê-lo para discussão em sociedades como a do Brasil seria inverossímil, uma vez que há outras prioridades tão prementes.

As múltiplas facetas do processo de envelhecimento apontam para a necessidade de atenção abrangente à saúde do paciente idoso, procurando mantê-lo com sua capacidade funcional e independência física e mental, em condições favoráveis para que possa viver em comunidade, desfrutando boa qualidade de vida. Abalado pela doença que o atinge esse paciente espera encontrar pessoas e equipamentos em condições de lhe prestar todo o amparo de que precisa. É necessária reformulação nos serviços de saúde para que possam responder às demandas emergentes do novo perfil epidemiológico brasileiro.

As pessoas idosas, de fato, têm necessidades médicas e sociais diferenciadas e tendem a utilizar os serviços de internamento e equipamentos de saúde com maior frequência. No entanto, a utilização mais intensiva desses serviços deve ser interpretada como parte de um programa geral de atenção ao idoso, onde o conhecimento integrado dos aspectos clínicos e funcionais envolvidos na gênese das doenças agudas e crônicas serão fundamentais para

a efetividade do cuidado geriátrico e gerontológico, contribuindo para melhor definição de competências, orientando condutas de curto, médio e longo prazo.

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) recomenda que cada país procure, com todos os meios disponíveis, desenvolver programas e serviços não tradicionais de atenção ao idoso, visando a alcançar o bem-estar integral dessa população no prazo de tempo mais curto e de melhor relação custo-benefício. Enfatiza, ainda, a necessidade absoluta de regulamentação e vigilância permanente do funcionamento dos diferentes serviços de atenção ao idoso pelas autoridades públicas competentes, procurando evitar que a assistência a esses cidadãos velhos seja fonte inescrupulosa e desmedida de lucro para setores empresariais da comunidade, o que prejudica ainda mais o equacionamento da difícil problemática de atenção a essas pessoas (BRITO e RAMOS, 2007, p. 680).

Embora a atenção à pessoa idosa tenha ganhado notoriedade nos últimos anos no Brasil, tanto no meio acadêmico quanto através da mídia, pouca ênfase tem sido dada à composição de serviços hospitalares voltados à pacientes geriátricos. Dados sobre internação e ocupação de leitos hospitalares mostram que os idosos fazem uso dos recursos oferecidos pela rede hospitalar em uma proporção relativamente maior se comparados com outros grupos etários. Em termos de cuidados hospitalares, um levantamento desenvolvido em 1986 por Ramos, a partir de uma pequena amostra de hospitais em São Paulo, mostrou que as pessoas idosas, nos hospitais gerais, chegam a ocupar 20% do total de leitos e que o tempo médio em que permanecem internadas é quase duas vezes maior que a média para o total da população, apesar de todas as restrições impostas pelo Sistema Nacional de

Saúde às internações de longo prazo (BRITO e RAMOS, 2007, p. 678).

Metanálise publicada em 1993, incluindo 28 ensaios clínicos randomizados com 4929 indivíduos incluídos em cinco diferentes estratégias de serviços geriátricos e 4912 controles, demonstrou que tais serviços são efetivos na melhora da capacidade funcional e da sobrevivência de idosos. Abordagem geriátrica conduzida em nível hospitalar, incluindo serviços de reabilitação, foi capaz de reduzir em 35% o risco de mortalidade em um período de seis meses. Abordagem geriátrica em domicílio, por sua vez, reduziu a mortalidade em 14% durante um período de 36 meses. Ainda que toda essa evidência seja proveniente de centros localizados em países desenvolvidos, é provável que a organização do cuidado geriátrico nos mesmos moldes resulte em similares desfechos em nosso meio (COELHO FILHO, 2000, p. 668).

Unidades hospitalares especificamente delineadas para o cuidado ao idoso deverão contar com uma equipe multiprofissional e que trabalhe de maneira interdisciplinar, capacitada em Gerontologia, capaz de realizar uma avaliação multidimensional, promovendo um diagnóstico integral, a fim de determinar o tipo mais adequado de intervenção que cada paciente irá necessitar. Seu delineamento não deve somente estar atrelado às informações oriundas dos profissionais envolvidos com o paciente, mas é preciso que haja uma mobilização das equipes de atenção primária que possam receber este paciente na comunidade quando da alta hospitalar.

Não há um número exato de profissionais envolvidos para a avaliação global à pessoa idosa. Suas necessidades deverão ser analisadas e adequadas aos problemas biopsicossociais do doente. Consenso entre

autores mostra que as áreas-chave que frequentemente estão envolvidas neste cuidado são a Geriatria, a Enfermagem, a Fisioterapia, a Terapia Ocupacional e a Assistência Social. Numa abordagem mais ampla, outras áreas deverão compor esta equipe, tais como Psicólogo, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Farmacêutico, Odontólogo, um Padre ou Pastor ou um mentor espiritual.

A composição desta equipe, que se mostra bastante diversa, não é suficiente para definir sua atuação interdisciplinar. É necessário que se estabeleça uma dinâmica e vontade comum entre seus membros. E os principais elementos que definem esta dinâmica são o respeito à pessoa idosa (envelhecimento), o reconhecimento recíproco das competências complementares entre as diferentes disciplinas (interdisciplinaridade), o compartilhamento das informações relativas ao paciente (comunicação), o aprimoramento das competências pela educação e, sobretudo, o estabelecimento de um projeto comum de atuação e tomada de decisões conjuntas.

Pode-se perceber, por meio dessas considerações, que aquilo que se pretende colocar em prática é a abordagem ampla do conceito de saúde. Para atingir esse objetivo, os profissionais componentes da equipe interdisciplinar deverão, obviamente, tomar conhecimento da importância e da amplitude de sua atuação individual e coletiva; deverão estar cientes da complexa inter-relação entre os aspectos físicos, psicológicos e sociais da saúde e da doença, além dos aspectos objetivos e subjetivos desses estados (NETTO, YUASO e NUNES, 2007, p. 123).

Parte desse ponto nosso desafio para ampliar ainda mais esta abordagem, o que nos remete à necessidade de um novo paradigma de

funcionamento da gestão de pessoas no hospital. Daremos um abraço holístico na concepção das equipes, incluindo em sua formação todos os grupos que compõem o hospital, incluindo as profissões ditas “não acadêmicas” e aquelas de desempenho tipicamente administrativos junto às equipes interdisciplinares.

O termo holístico é derivado do grego e quer dizer, de maneira geral, “o todo”, “o completo”. Para Chiavenato (2000, p. 355), o Holismo ou abordagem holística é a tese que sustenta que a totalidade representa mais do que a soma de suas partes, como os organismos biológicos, sociedades ou teorias científicas. Na medicina, a abordagem holística estabelece que os organismos vivos e o meio ambiente funcionam como um ambiente integrado.

Essa teoria surgiu a partir dos trabalhos do biólogo alemão Ludwig von Bertalanffy e investiga a relação de cada parte dentro da totalidade e a influência dessa totalidade em cada parte, dando ênfase nas interações existentes entre elas. “Para o Holismo, o mundo é como um jogo de quebra-cabeças, onde cada peça tem uma função importante como complemento da figura e, sem uma delas, o jogo fica incompleto (...). O pensamento holístico defende uma visão de mundo integrada”, completa Lira (2003).

O conceito de sistemas proporciona uma visão abrangente, holística. A análise sistêmica das organizações permite revelar o “geral no particular” indicando as propriedades gerais das organizações de uma maneira global e totalizante, que não são reveladas pelos métodos ordinários de análise científica. Em suma, a Teoria dos Sistemas permite conceituar os fenômenos dentro de uma abordagem global, permitindo a inter-relação e integração de assuntos que são, na maioria das vezes, de natureza completamente diferentes (CHIAVENATO, 2000, p. 355).

2.3 A arte de gerenciar estrategicamente

Uma instituição existe para cumprir uma finalidade e uma missão específicas, uma função social específica. A missão da empresa é a sua razão de existir. É uma declaração ampla de sua diretriz organizacional. Ela contém informações do tipo de produtos ou serviços que a empresa produz, define quem são seus clientes e em que valores importantes ela acredita. A missão é a resposta da organização à pergunta “Por que existimos?”.

Teixeira *et al* (2006, p. 47), propõe-se a definir racionalmente a missão de um hospital, situando-o na perspectiva de uma rede de cuidados de saúde, o que equivale a entender a organização como uma organização proativa, centrada no exterior, que assume o ambiente como recurso (e não como restrição). Isso significa que a missão terá que ser negociada com o cenário externo institucional, incluindo os outros hospitais da área. Dessa forma, o adjetivo proativa se refere à capacidade de atuar dinamicamente sobre o ambiente.

Atrelado ao conceito da missão, a visão organizacional também fornece subsídios para o processo de planejamento estratégico. A visão irá direcionar o destino da organização, bem como, prever o que ela deseja ser e como quer ser reconhecida a longo prazo. A visão é a resposta à pergunta “O que?”, ou seja, é o retrato do futuro que queremos criar. Sua elaboração deve ser objetiva e de fácil entendimento a todos os interessados.

Em geral, há várias definições para esses termos que, muitas vezes, convergem para um senso comum. Outras vezes, aparecem na literatura como conceitos distintos que se complementam (Quadro 4).

Quadro 4 - Termos Empregados em Planejamento por Bonato, Allem e Allen - Conceituação da Visão e Missão

Conceitos/ Autores	Bonato (2003)	Allen (1998)
Visão	É o estado futuro da organização, no qual se prevêem anseios e necessidades dos clientes, a concorrência direta e indireta, o estado em que os produtos e serviços deverão se encontrar, as oportunidades e ameaças internas e externas, indicando assim para onde elas estão sendo conduzidas. Na visão, a empresa descreve que é capaz de se tornar.	Utiliza os termos visão e missão como sinônimos; ambos são uma referência para as pessoas que trabalham na organização e envolvem aspirações financeiras e espirituais. Respondem aos objetivos da organização, sua motivação, valores, aspirações, ao reconhecimento de suas especialidades bem como aos pontos a serem desenvolvidos pela organização
Missão	Bonato (2003) É a razão pela qual a organização existe, estabelecendo seu propósito perante outras do mesmo tipo e identificando seus produtos e serviços no mercado onde atua. Para isso, o gestor explicita à sociedade: objetivos, filosofia, imagem pública de sua gestão, além da interação com os clientes internos e externos.	Allen (1999) Frase síntese que expressa a incumbência da organização e na qual devem constar, explícitos ou implícitos, os motivos que justificam sua criação. Comprometimento formal da organização com a sociedade.

Fontes: ALLEM, A.C. Termos e definições críticos em planejamento. Revista de Administração Pública, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 143-152, st.-out. 1999. ALLEN, R. O processo de criação da visão. HSM Management, São Paulo, n. 9, p. 18-22, jul.-ago. 1998. In: Gestão Hospitalar: administrando o hospital moderno. GONÇAVES, Ernesto Lima. São Paulo: Saraiva, 2006.

Tanto a missão quanto a visão são muito importantes para a organização, pois é a partir da assimilação destes conceitos que se encontram subsídios para o processo de estruturação do planejamento estratégico. O âmbito da missão/visão depende do leque de possibilidades traçado para a atuação da organização e que servirá para direcionar todas as estratégias que, posteriormente, serão elaboradas. Para a elaboração da missão e da visão da organização é preciso que o grupo conheça a realidade do segmento em que atuam para que possam definir melhor o prazo para alcançar os objetivos preestabelecidos.

Os valores organizacionais são entendimentos e experiências que descrevem como os profissionais da organização se comportam e sobre os quais todas as relações organizacionais estão baseadas. São crenças da organização que orientam seus membros em como agir em momentos de dúvidas, da mesma forma que os valores pessoais ajudam as pessoas a se posicionar diante de incertezas e dificuldades (CQH, 2001, p. 29).

Todas as organizações atuam em função de valores mais ou menos definidos e explicitados. Os valores fazem parte e moldam a cultura organizacional. São a resposta a “Como queremos atuar, coerentes com nossa missão, no caminho em direção à realização de nossa visão?” Os valores de uma empresa podem incluir integridade, abertura, honestidade, liberdade, igualdade de oportunidades, estrutura enxuta, mérito e lealdade. Descrevem como a empresa pretende viver o seu dia-a-dia, em busca de sua visão (SENGE, 2008, p. 251).

É difícil pensar em alguma organização que tenha se mantido em uma posição de grandeza na ausência de metas, valores e missões profundamente compartilhados na organização. A prática da visão compartilhada envolve as habilidades de descobrir “imagens de futuro” compartilhadas que estimulem o compromisso genuíno e o envolvimento, em lugar da mera aceitação.

O que falta é uma disciplina capaz de traduzir a visão individual em uma visão compartilhada – não um “livro de receitas”, mas um conjunto de princípios e práticas orientadoras (SENGE, 2008, p. 43). Embora saibamos que as dificuldades práticas inerentes a esse processo esbarrem em egos hiperinsuflados, promover uma integração enciclopédica, a fim de ultrapassar a compartimentalização dos conceitos, poderá ter ressonância ao propormos a

unificação da linguagem e de seus métodos, “legislando através de uma espécie de esperanto científico, a ser introduzido por debates, ensaios de erro e de acerto, negociações” (SERRANO, 2007, p. 40).

As mudanças nos panoramas político, econômico, social, tecnológico, cultural, demográfico e ecológico têm sido cenário de grandes transformações na gestão das organizações. Essas transformações têm sido atreladas ao fato de que a administração, como disciplina social, está sujeita às mudanças contínuas, onde se vê que premissas que eram tidas como válidas ontem, podem tornar-se inválidas e, de fato, totalmente ilusórias, em curto espaço de tempo.

Para Drucker (apud TEIXEIRA *et al*, 2006, p. 42), o gerenciamento na área da saúde é mais complexo do que em qualquer outro tipo de organização. Compreender a atividade hospitalar como um negócio exige uma gestão empresarial ética, competente e desafiadora. E, completa Teixeira *et al* (2006, pp. 43-44) que, sendo o hospital “essa organização tão complexa, a adaptação envolve a alocação de recursos materiais e a gestão de pessoas, bem como a avaliação da capacidade técnica e sua utilização adequada”.

O planejamento estratégico pode ser utilizado como mecanismo que promove a aprendizagem organizacional, pois a partir dele a organização pode acompanhar seu desempenho e redirecionar suas ações, ou seja, reaprender observando os resultados obtidos (TAJRA, 2006, p. 86).

O planejamento estratégico em saúde se diferencia de outros processos de planejamento setoriais por olhar além dos valores institucionais, vislumbrando necessidades sociais, por meio da utilização do “cálculo social”, o qual envolve processos políticos e de negociação. Ele valoriza o processo

gerencial e o considera fundamental na tomada de decisões, bem como no ajuste e resolução de problemas. O planejamento estratégico agirá como diretriz para o hospital elaborar seu planejamento operacional (TEIXEIRA *et al*, 2006, p. 55).

O termo planejamento parece traduzir uma complexidade para tema, com inúmeras definições, portanto, faz-se necessária uma aproximação ao conceito. No Quadro 5, vemos o conceito de planejamento segundo alguns especialistas. Para Tarja (2006, pp. 50-51), planejar é uma função administrativa que visa a aprimorar o processo de tomada de decisão, tendo como foco o alcance de objetivos pré-estabelecidos. É definir estratégias para redirecionar uma organização ou mesmo um setor antes que as ameaças e os pontos fracos provoquem uma deterioração estrutural e ou organizacional.

Quadro 5 - Termos Empregados no Planejamento por Bonato, Dever e Allem

Conceitos/ Autores	Bonato (2003)	Denver (1198)	Allem (1999)
Planejamento	Trabalho de preparação para um empreendimento, segundo roteiro e métodos determinados, visando a objetivos bem definidos. Processo de ação/reflexão/ação cujo significado é o contrário de improvisação.	Curso de ação projetado para o futuro, com o intuito de atingir um conjunto coordenado e consistente de operações rumo aos objetivos desejados. É o processo orientado para a ação por meio do qual a instituição se adapta a mudanças tanto na sua constituição interna como em seu ambiente externo.	Elaboração por etapas de planos e programas com objetivos definidos, decorrentes da necessidade de criar ou modificar realidades

Fontes: ALLEM, A.C. Termos e definições críticos em planejamento. Revista de Administração Pública. São Paulo, v. 33, n. 5, p. 143-152, set.-out. 1999. DEVER, G.E., Alan. A. Epidemiologia na administração dos serviços de saúde. São Paulo: Pioneira, 1988. In: Gestão Hospitalar: administrando o hospital moderno. GONÇAVES, Ernesto Lima. São Paulo: Saraiva, 2006.

Drucker (2002, p. 205) relata existir em três tarefas de igual importância, mas essencialmente diferentes, das quais a administração tem de encarregar para que a instituição a seu cargo fique capacitada a funcionar e a dar a sua contribuição:

- a) atingir a finalidade e a missão específicas da instituição, seja uma empresa comercial, um hospital ou uma universidade;
- b) tornar o trabalho produtivo e transformar o trabalhador em realizador;
- c) administrar os impactos sociais e as responsabilidades sociais.

Assim, para que a instituição possa cumprir seu desempenho específico, deverá causar impacto não só sobre o público interno, mas também na comunidade e na sociedade, não sendo apenas uma mera produtora de bens e serviços, mas possa promover qualidade de vida num mundo em transformação.

Diante da complexidade de uma organização hospitalar, onde a dinâmica organizacional se apresenta como uma rede na qual se interagem pessoas, infraestrutura e tecnologia, é essencial que todas essas dimensões estejam co-habitando em harmonia. A concepção holística de organização norteia estas relações e pressupõe legitimidade a toda uma diversidade de conhecimentos que o homem é capaz de gerar, compartilhar, internalizar e exteriorizar.

Os seres humanos, como principais agentes de transformação, atuam promovendo mudanças que afetam as esferas individual e coletiva, bem como as dimensões tecnológica e infraestrutural das organizações. Desempenham papel importante no planejamento das instituições, por meio de um instrumental tecnológico e de infra-estrutura que subsidiam e organizam a atuação humana nas empresas.

O grande mérito do planejamento estratégico é trazer à tona a iminência do diálogo. Um planejamento comunicativo traz a possibilidade para uma problematização coletiva capaz de articular sujeitos sociais, possibilitando a incorporação de um raciocínio sobre governabilidade, compartilhamento e dispersão do poder.

Nesse contexto, o planejamento estratégico não pode deixar de ser visto como um processo de mudança organizacional e, portanto, como processo de aprendizagem, em que a instituição está permanentemente reavaliando seus processos para detectar os pontos de acerto e os pontos em que foram cometidos desvios.

Segundo Senge (2008, pp. 39-45), as organizações que se utilizam dos processos de aprendizagem e estão continuamente aprendendo integram em suas atitudes cotidianas a criação, a aquisição e a transferência de conhecimento a partir de cinco disciplinas: raciocínio sistêmico, domínio pessoal, modelos mentais, objetivo comum e aprendizagem em grupo.

Ao dominar o pensamento sistêmico, abandonamos a premissa de que existe um indivíduo ou um agente individual responsável. A perspectiva de “feedback” sugere que *todos compartilhem a responsabilidade dos problemas gerados por um sistema*. Isso não significa necessariamente que todos os envolvidos possam exercer o mesmo poder de alavancagem para mudar sistema (SENGE, 2008, p. 109).

O enfoque estratégico tem se mostrado um caminho efetivo para a reformulação das diretrizes envolvidas nos processos de aprendizagem. Dentro das organizações, segundo Senge (2008, p.264), a aprendizagem em equipe tem três dimensões críticas.

Primeiro, existe a necessidade de se pensar reflexivamente sobre os assuntos complexos, com os quais as equipes precisam aprender como utilizar o potencial de muitas mentes a fim de serem mais inteligentes do que uma mente. “Coletivamente, podemos ter mais novas ideias, sermos mais inteligentes do que poderíamos ser individualmente. O QI da equipe pode, potencialmente, ser muito maior do que o QI dos indivíduos” (SENGE, 2008, p. 266). Embora seja fácil falar, existem forças poderosas, controladas diretamente por membros da equipe, que tendem a tornar a inteligência da equipe inferior.

Segundo, existe a necessidade de ação inovadora e coordenada, em que cada membro da equipe permaneça consciente dos outros membros e aja de modo a complementar as ações dos outros.

E, por último, existe o papel dos membros da equipe em outras equipes. Por exemplo, a maioria das ações das equipes seniores, na verdade, são executadas por meio de outras equipes. Assim, uma equipe que aprende estimula continuamente outras equipes, por meio da disseminação das práticas e habilidades de aprendizagem em equipe de forma mais ampla.

Embora tenhamos diferentes profissionais envolvidos no cuidado ao paciente, exercendo suas habilidades individuais, a aprendizagem em equipe é uma disciplina coletiva, onde a ênfase no diálogo e na discussão são formas distintas e complementares de conversação entre as equipes. Dessa maneira, não podemos conjugar nossos verbos na primeira pessoa do singular, valorizando o empoderamento do “eu”, alimentado por uma cultura narcisista muito presente entre profissionais da saúde, em que as relações de poder e autoridade no interior das equipes de trabalho são desiguais.

Em nossas relações com o outro, o movimento não é, portanto, mais o eu ou o outro, e sim, a interação entre o eu e o outro, para construirmos o “nós”. Esta é a verdadeira lógica conectiva, a qual se fundamenta mais nas qualidades das relações e das contribuições entre os diversos membros da equipe do que nas qualidades de todos os seus membros considerados isoladamente: são as relações interprofissionais e interdisciplinares que produzirão a qualidade emergente do serviço, bem como, seu dinamismo.

A disciplina da aprendizagem em equipe, como qualquer outra disciplina, exige prática. Entretanto, é exatamente esse diferencial que falta às equipes das organizações modernas. Não podemos montar uma excelente peça de teatro ou a apresentação de uma orquestra sinfônica sem antes ensaiarmos. Assim, discutiremos a seguir o papel do mentor (*mentoring*) como replicador do conhecimento especializado, trazendo ao grupo suas experiências e habilidades, promovendo mudanças significativas que poderão ser absorvidas e incorporadas no dia-a-dia das equipes.

2.3.1 O papel do mentor: da Odisseia aos dias atuais

A origem da palavra mentor vem do personagem Mentor, da Odisseia de Homero. Mentor era um grande amigo de Ulisses e quando este partiu para a Guerra de Troia, deixou seu filho Telêmaco sob os cuidados de Mentor.

Muitos anos haviam se passado e Ulisses ainda não havia retornado da guerra. Então, Telêmaco decide partir em busca de notícias do pai. Mas este não parte sozinho. Tem a companhia de Mentor que irá guiar o jovem, promovendo sua educação, a formação do seu caráter, seus valores e a

sabedoria de suas decisões. No final da jornada, e isto é importante para a compreensão dos objetivos do *mentoring*, Telêmaco tinha amadurecido e já tomava suas próprias decisões graças aos ensinamentos de Mentor.

A partir da breve sinopse desta obra, partiremos para uma análise da noção de *mentoring* dentro de uma instituição de saúde. Os membros da equipe interdisciplinar terão a responsabilidade em atuar como mentores dos membros das equipes de saúde (treinandos), num tipo especial de relação, na qual atuarão como agentes multiplicadores de suas experiências e sabedoria, estabelecendo um Sistema Multiplicador de Informação (Figura 1).

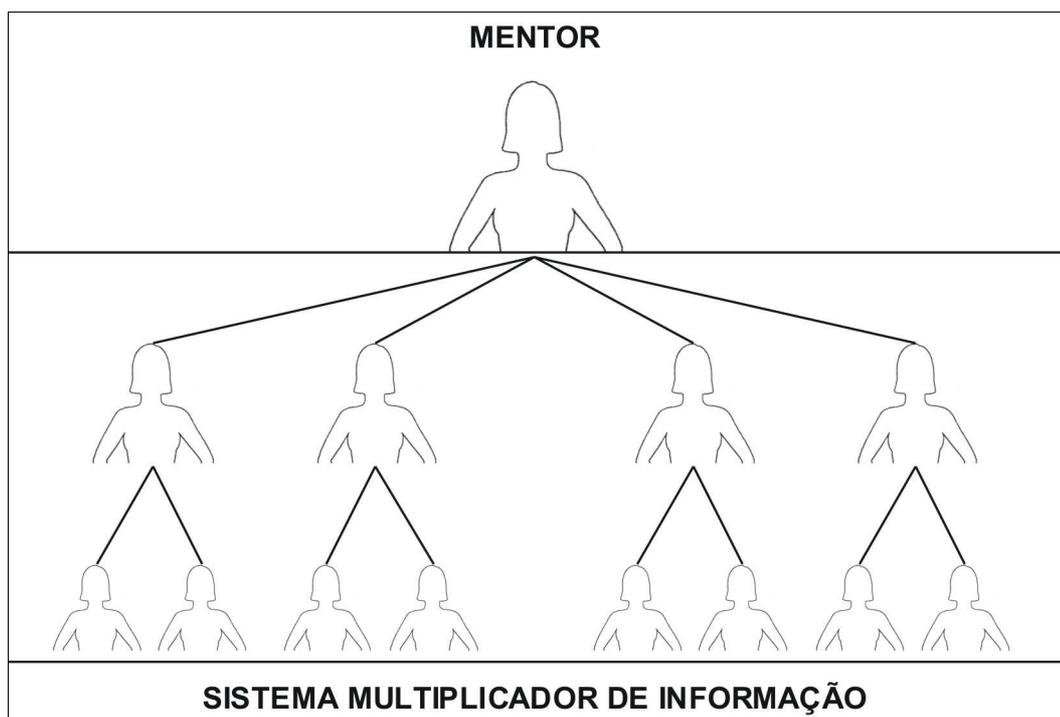


Figura 1 - Sistema Multiplicador de Informação

Neste contexto, precisamos destacar o agir comunicativo entre o mentor e seus treinandos, em que a interação e a integração desses podem possibilitar um projeto solidário entre os membros da equipe. Os mentores deverão compartilhar seus conhecimentos por meio do diálogo, desenvolvendo práticas educativas permanentes, apresentando a missão, a visão, a cultura e a política da instituição, desenvolvendo uma dinâmica que potencialize um diálogo gerador de compromissos.

A possibilidade de construção de um projeto coletivo de saúde dentro dessas organizações, as quais podemos denominar de integradoras, legitima essas novas representações focadas na ideia de recomposição, na direção de integralidade de atenção, valorizando o diálogo e a comunicação.

As transformações administrativas dentro dessa organização integradora exigem que os mentores dialoguem criticamente entre si avaliando o planejamento estratégico da instituição, assumindo um lugar de interlocutores privilegiados para que sejam estruturados cenários de aprendizagem. Nesse sentido, nas organizações do tipo profissional, segundo classificação de Mintzberg (1989), como é o caso das organizações de saúde, não se justifica um sistema pesado de gestão estratégica, do tipo supraestrutural, mas um conjunto de práticas que, de maneira mais informal, partilhem da filosofia da intensificação do espírito da gestão por compromisso.

Para Bellodi (2005, pp. 34-35) “a relação de *mentoring* é, por essas características, uma relação assimétrica, mas não uma relação hierárquica, não devendo ser baseada em graduação social, acadêmica ou profissional. O *mentoring* deve existir sempre no contexto de uma relação de colaboração, numa parceria complementar onde nenhuma parte tem uma posição de poder

sobre a outra”. A existência dos mentores permite que a equipe tenha com esses, as respostas para a solução das questões comuns às várias áreas do conhecimento. Nessa função regulamentar de receptores gerais, os mentores podem compreender a importância e a abrangência do problema, o que facilita muito sua solução.

Sua ação deve estar pautada nas variantes que irão promover as mudanças na organização, sendo suas ações motivadoras para o grupo. Sua voz deverá articular a vontade do grupo, inspirando os treinandos a exercerem suas capacidades com liberdade e autonomia. O mentor deve estar consciente de sua posição, de suas responsabilidades. Necessita de flexibilidade para que possa haver o afloramento participativo dos membros da equipe, atuando como “projetista, professor e regente do grupo, que o conduziu àquela posição, sendo responsável por fortalecer e ajudar as pessoas a expandirem suas capacidades de entender complexidades, esclarecer visões e aperfeiçoar modelos mentais compartilhados, tornando-se responsáveis pela aprendizagem do grupo.” (SENGE, 1997)

Este panorama ganha singularidade quando focalizamos a formação na gestão de pessoa de hospital agregando-se uma triangulação envolvendo educação, aprendizagem e assistência ao paciente. Partimos de uma experiência disciplinar dos grupos que compõem a gestão de pessoas, cujos desafios e perspectivas inspiram-nos à construção de um olhar interdisciplinar.

2.4 Conceito de Interdisciplinaridade

Para uma análise conceitual da interdisciplinaridade serão tecidas algumas considerações sobre a definição dos termos disciplina e disciplinaridade, bem como, das várias modalidades de assistência disciplinar propostas: unidisciplinar, multidisciplinar, pluridisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar, entre outras.

Sabemos que há uma confusão conceitual quanto ao significado dessas modalidades de assistência disciplinar. Essa classificação pressupõe que os campos disciplinares são estruturas compostas por uma axiomática teórica e uma matriz metodológica, com princípios e conceitos decodificáveis que interagem entre si, produzindo relações convergentes.

A ideia de “disciplina” nos remete às tradições ligadas à produção conhecimento. Para entendê-la precisamos responder à questão: Em que momento da evolução do conhecimento se deu esta “disciplinarização”? A ideia de um saber unitário sempre existiu na história do pensamento. O mito para o homem pré-histórico, a idéia de cosmos, no mundo grego, e a aceitação de Deus criador, na Idade Média, sustentaram a unidade do saber e conservaram a integridade epistemológica naqueles períodos, à qual correspondia uma pedagogia também unitária (JAPIASSU, 1976).

Com o advento da Modernidade, por volta do século XVII, surge um processo de desintegração crescente da unidade do saber onde o grande destaque, entre outros, foi René Descartes. Sua lógica reducionista, caracterizada por uma série de operações de decomposição da coisa a conhecer e pela redução à suas partes mais simples, levou ao surgimento de um modelo conhecido com Modelo Cartesiano.

Vilela e Mendes (2003, p.524) descrevem que “o paradigma cartesiano mostrou-se bastante adequado para construir e tratar objetos simples e proporcionou uma simbiose entre ciência e técnica, atendendo às necessidades da industrialização. Dessa maneira, abriu-se o caminho para a fragmentação do conhecimento, uma vez que as indústrias necessitavam urgentemente de especialistas para enfrentar os problemas e objetivos específicos de seus processos de produção e comercialização. Dessa maneira, o século XIX marca a consolidação das especializações”.

E, assim, a ciência ocidental se desenvolveu com base na noção de especialização, a qual foi se valorizando cada vez mais e, no campo das práticas sociais, novas profissões foram criadas e um novo sistema de ensino e formação foi se estruturando, com base na estratégia da disciplinaridade, caracterizada pela fragmentação do objeto e pela crescente especialização do sujeito científico (ALMEIDA, apud VILELA E MENDES, 2003).

A seguir, o QUADRO 6 apresenta um resumo que serve para uma reflexão futura, fazendo a comparação entre o paradigma reducionista – newtoniano-cartesiano, também conhecido como clássico ou dominante –, de um lado, e o paradigma holístico, de outro.

Quadro 6 - Paradigma Reducionista versus Holístico

PARADIGMA REDUCIONISTA	PARADIGMA HOLÍSTICO
<i>Paradigma newtoniano-cartesiano</i>	<i>Paradigma holístico, ecológico, sistêmico</i>
* Cartesiano	* Pós-cartesiano
* Mecanicista	* Não-mecanicista
* Reducionista, fragmentado	* Totalidade
* Determinismo	* Voluntarismo
* Física Clássica	* Física Quântica
* Ciência Objetiva	* Ciência Epistêmica
* Previsibilidade	* Incerteza
* Certeza	* Incerteza
* Estabilidade	* Instabilidade
* Ordem	* Desordem, perplexidade
* Solidez	* Flexibilidade
* Simples	* Complexo
* Método analítico	* Método sintético
* Quantitativo	* Qualitativo
* Isolamento/alienação/grupo	* Engajamento/participação/equipe
* Dominação	* Participação
* Organização formal	* Organização flexível
* Hierarquia formal	* Hierarquia reconceitualizada
* Estrutura rígida	* Estrutura flexível
* Controles rígidos	* Controles flexíveis
* Coerção/força/domínio	* Diálogo/discussão de idéias/conflito
* Objetivos	* Relações
* Linear	* Não linear/cíclico
* Empresa mecânica	* Empresa orgânica
* Não há aprendizagem	* Há aprendizagem
* Homogêneo/homogeneidade	* Heterogêneo/heterogeneidade
* Causa → efeito	* Causa → eventos
* Dimensão técnica	* Dimensão humana
* Planejamento	* Intuição
* Materialismo científico	* Holismo científico
* Abordagem científica	* Abordagem sistêmica
* Reducionista	* Holística
* Sistema fechado	* Sistema aberto
* Os fenômenos podem ser descritos como uma máquina ou por meio do funcionamento de um relógio	* Os fenômenos são descritos do ponto de vista orgânico da natureza
* Metáfora - máquinas	* Organismos vivos
* Habilidades	* Valores
* Razão/objetividade	* Intuição/subjetividade
* Raciocínio linear/sequencial	* Raciocínio sistêmico/intuição/criatividade
* Racionalidade funcional/instrumental do cálculo	* Racionalidade substantiva do julgamento de valores
* Ética da vantagem	* Ética de valores
* Intelectual	* Emoção
* Pensamento estático	* Processo/estado de fluxo
* Elementos como estrutura	* Elementos como processos
* Rotina	* Criatividade
* Partes	* Todo

* Explicação das partes totais	* Explicação aproximada
* Problemas entendidos isoladamente	* Interligação
* Autoafirmação	* Integração
* Soma das partes dos atributos	* Atributos emergem do processo
* Separado	* Uno/união/unido
* Conhecimento racional	* Conhecimento subjetivo
* Conhecimento se restringe a uma disciplina compartimentalizada	* Há pontes entre as disciplinas/campos de conhecimento
* Sistema monolítico	* Pluralismo
* Nomológico	* Ideográfico
* Realista	* Nominalista
* Organograma vertical/cargo	* Organograma horizontal/conhecimento
* Independente	* Interdependente
* Cadeias lineares de causa e efeito	* Inter-relações
* Pensamento linear	* Pensamento sistêmico
* Indutivo	* Dedutivo
* Chefe	* Líder
* Competição	* Colaboração/cooperação

Fonte: ANGELONI, M. T. Organizações do Conhecimento. Infra-estrutura, Pessoas e Tecnologias. p. 20-21. São Paulo: Saraiva, 2003.

É provável que as organizações newtonianas-cartesianas, que pregavam a visão reducionista, tenham sido lentas em estabelecer o pensamento sistêmico. Isso poderia ter ocorrido, em primeiro lugar, porque o aprendizado institucional orientou o pensamento de forma não sistêmica. Em segundo, tem-se o fato de que, quando o pensamento sistêmico é apresentado por meio dos filtros do aprendizado, ele perde a maior parte de sua força e beleza (PEREIRA, apud ANGELONI, 2003, p.19)

Para Morin (2002, p. 37),

[...] uma disciplina pode ser definida como uma categoria que organiza o conhecimento científico e que institui nesse conhecimento a divisão e a especialização do trabalho respondendo à diversidade de domínios que as ciências recobrem. Apesar de estar englobada num conjunto científico mais vasto, uma disciplina tende naturalmente à autonomia pela delimitação de suas fronteiras, pela linguagem que instaura, pelas técnicas que é levada a elaborar ou a utilizar e, eventualmente, pelas teorias que lhe são próprias, como atestam os exemplos da biologia molecular, da ciência econômica ou da astrofísica.

A criação de novas disciplinas, a partir das já multiplicadas, continua cobrindo aspectos da natureza antes intocados. A velocidade do avanço

científico brinda o século XXI com novas áreas de pesquisa e de criação técnica, traduzidas em novas disciplinas. A especialização alcança detalhes antes impossíveis de serem discernidos e manipulados (SERRANO, 2007, p.28). Esse fenômeno é conhecido por disciplinaridade o qual nos remete à noção de especialização, de um modo geral, em todas as áreas da prática e do conhecimento humano, levando a uma fragmentação do saber.

Partindo desse conceito, apresentamos a modalidade unidisciplinar na qual encontramos uma total independência de uma disciplina em relação às demais. Neste modelo, cada disciplina tem seu planejamento, aprendizado e prática, sem levar em consideração a natureza e a abrangência das demais. Nas outras modalidades, há superposição maior ou menos das áreas de competência ou, mais precisamente, do grau de inter-relação das mesmas (NETTO; YUASO, 2007, p. 152).

A multidisciplinaridade tem somente a finalidade de dar uma denominação à reunião de várias disciplinas, na qual é focalizado determinado tema sob a ótica de cada disciplina. As disciplinas estão desprovidas de objetivos comuns e não ocorre qualquer aproximação ou cooperação. Pode haver justaposição de visões, mas não uma verdadeira integração (Figura 2).

Apesar disso, é lógico que a multidisciplinaridade tem como resultado a soma de esforços em benefício do paciente idoso e dos projetos de estudo, planejando a abordagem dos problemas, decidindo quais profissionais deverão ser envolvidos e quais serão as suas atribuições (NETTO, YUASO, 2007, p. 152).

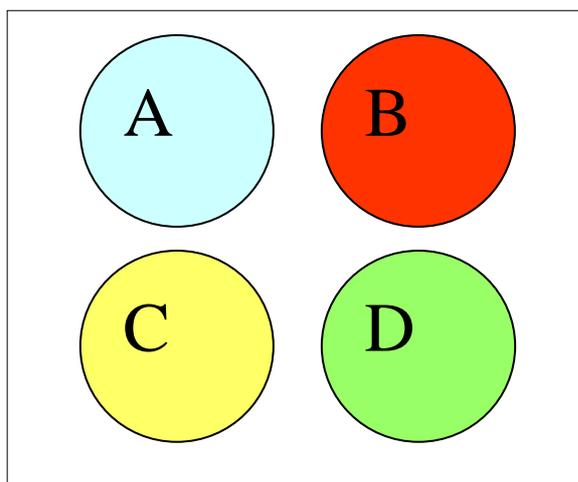


Figura 2 - Multidisciplinaridade [Fonte: Cutolo, Luiz Roberto Agea (2007, p. 19)]

A pluridisciplinaridade envolve a justaposição de várias disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo que apareçam as relações existentes entre elas. É um sistema de um só nível e de objetivos múltiplos, em que há cooperação, mas sem coordenação (JAPIASSU, 1976). Os profissionais cooperam, mas não se articulam necessariamente de maneira coordenada. Haveria um toque, um tangenciamento entre as disciplinas (Figura 3). A pluridisciplinaridade está preocupada com o estudo do objeto de uma só e mesma disciplina por várias disciplinas simultaneamente (NICOLESCU, 1999).

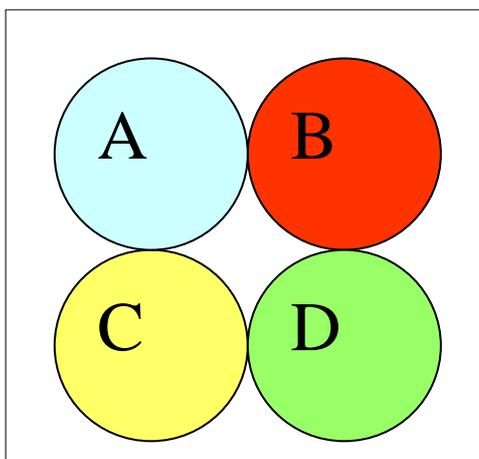


Figura 3 - Pluridisciplinaridade [Fonte: Cutolo, Luiz Roberto Agea (2007, p. 19)]

Para analisarmos o termo interdisciplinaridade precisamos nos aproximar das várias definições atribuídas a esse nos últimos anos. A interdisciplinaridade foi tomada como dimensão central deste estudo por se caracterizar como uma estratégia de pesquisa voltada à construção de um conhecimento de caráter inovador buscando apontar caminhos para a solução de problemas pertencentes a uma realidade cada vez mais complexa e que envolve os cuidados à pessoa idosa.

A clivagem entre as ciências naturais, de um lado, e as humanas de outro, repercute gravemente sobre as ciências da saúde, que têm um pé em cada lado. As clivagens não resolvidas fortalecem o ânimo da parte não científica contra o intelecto e a razão. Abrem caminho para a ilusão e a ingenuidade. A fragmentação não é apenas uma rivalidade pluralística e saudável, com quem alguns. Há barreiras sérias ao entendimento do que cada compartimento do conhecimento humano vem fazendo (SERRANO, 2007, p. 32).

Perini *et al* (2001, p.102) caracteriza a interdisciplinaridade como a possibilidade do trabalho conjunto na busca de soluções, respeitando-se as bases disciplinares específicas. Ferriotti (1995, p. 131) descreve que as disciplinas estão conexas, com finalidade e coordenação, levando a uma reciprocidade de informações e resultados que geram enriquecimento para cada disciplina, isto é, existe uma troca entre elas como objetivo de religar as fronteiras, porém, assegurando a cada uma a sua especificidade. Na representação a seguir, entende a área mais central com objeto fronteiro entre as diversas disciplinas (Figura 4).

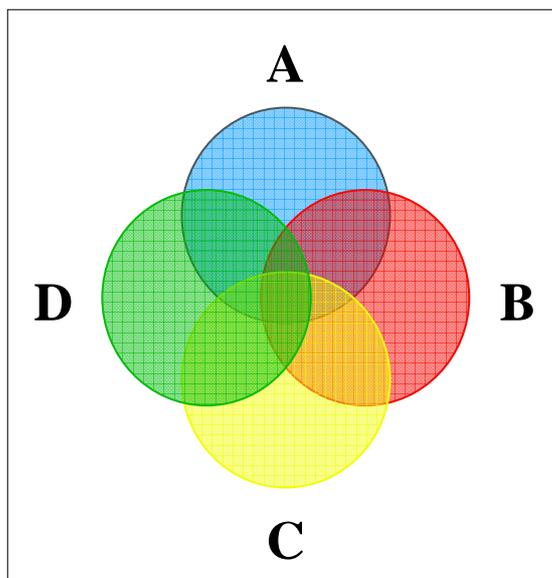


Figura 4 - Interdisciplinaridade [Fonte: Cutolo, Luiz Roberto Agea (2007, p. 20)]

Fazenda (2002, p. 12) relata que a “interdisciplinaridade pauta-se numa ação em movimento, podendo esse movimento ser percebido em sua natureza ambígua, tendo como pressuposto a metamorfose, a incerteza”. A autora afirma ainda que “o movimento ambíguo de uma pesquisa ou de uma didática interdisciplinar sugere a emergência e a confluência de outros movimentos, porém é imperioso que o movimento inicial se explicita, se mostre adequadamente (FAZENDA, 2002, p. 12)”.

Morin, ao escrever sobre a interdisciplinaridade chama a atenção para o fato de que as fronteiras disciplinares foram questionadas pela complexidade da realidade, na medida em que as ideias de propriedade, de desqualificação do outro considerado estrangeiro (não especialista) em um campo científico foram sendo fortemente criticadas nos itinerários de avançar cientificamente em objetos que desafiam um único olhar. O autor afirma ser necessário, em vários programas de pesquisa, que os “esquemas cognitivos” de uma disciplina migrem para outras áreas de conhecimento e retornem ao campo original,

trazendo superações, novas hipóteses de trabalho e produzindo mudanças nos modos de organização (MORIN apud BATISTA, 2006, p. 42).

O aprofundamento dessa perspectiva provoca, no interior da própria interdisciplinaridade, outros sentidos que vão coabitando com a ideia de integrar, aproximar, pôr em contato. A emergência de múltiplas e simultâneas significações tem, para Lenoir, uma forte influência dos contextos culturais e científicos. Assim, o autor alerta que assumir a interdisciplinaridade como um caminho inovador no ensino implica reconhecer sua polissemia e múltiplos enfoques, sendo recente o investimento de clarificação conceitual, revelando-se como uma teoria em construção (LENOIR apud BATISTA, 2006, p. 42).

Segundo Satin (apud NETTO, YUASO, 2007, p. 152), a interdisciplinaridade conscientemente reconhece e implementa a integração das diversas esferas de competência das várias disciplinas por meio da indispensável contribuição de cada uma. Acrescente-se que os conhecimentos de cada área disseminam-se em direção às demais, propiciando condições para tornar maior o entrosamento de todos profissionais, assim como proporcionar melhor e mais ampla assistência ao idoso e intensificar a realização de pesquisas que tenham cunho gerontológico, para as quais a interdisciplinaridade é fundamenta.

A transdisciplinaridade, como último termo a definir nesta polissemia conceitual, requer uma abordagem ampla, necessitando levar em consideração o paradigma da complexidade, que para Morin (2002, p.53) permita distinguir, separar, opor e, portanto, disjuntar relativamente esses domínios científicos, mas que, também possa fazê-los comunicar-se entre si, sem operar a redução. A transdisciplinaridade se caracteriza geralmente por esquemas cognitivos que

atravessam as disciplinas, às vezes, com tal virulência que as coloca em transe.

Cutolo (2007, p.20) refere-se à transdisciplinaridade como trabalho coletivo que compartilha “estruturas conceituais, construindo juntos teorias, conceitos e abordagens para tratar problemas comuns” (PERINI *et al*, 2001, p. 103). Nesse caso, a disciplina em si perde o seu sentido e não há limites precisos nas identidades disciplinares (Figura 5).

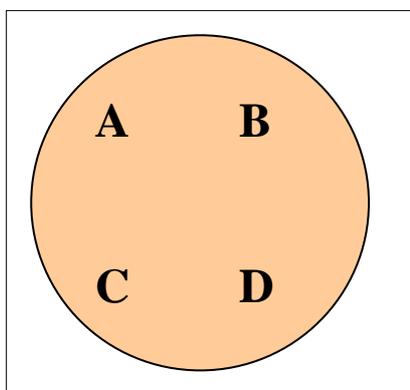


Figura 5 - Transdisciplinaridade [Fonte: Cutolo, Luiz Roberto Agea (2007, p. 20)]

Para que a transdisciplinaridade seja alcançada, é necessário que os profissionais, fundamentalmente, estejam reciprocamente situados em sua área de origem e na área de cada um dos colegas (IRIBARRY, 2002). A transdisciplinaridade é o nível superior da interdisciplinaridade, em que desaparecem os limites entre as diversas disciplinas; a cooperação é tal que se fala no aparecimento de uma nova macro disciplina (VILELA e MENDES, 2003, p. 528).

As considerações expostas colocam em evidência a importância desses conceitos e revelam uma sutil proximidade desses termos. Trazem para a discussão o sentido de equipe de múltiplos profissionais, que necessitam

interagir e comungar os mesmos princípios para se criar o espírito de interdisciplinaridade em qualquer campo de pesquisa ou da prática diária.

A interdisciplinaridade tem sido objeto constante de discussão quando se abordam as ciências da saúde, uma vez que, a diversidade das profissões que as compõem suscita uma abordagem mais integradora. O termo que surgiu no século XX é um dos conceitos que consta na agenda das demandas não resolvidas daquele século. Para Fazenda (2005, p. 13) é impossível a construção de uma única, absoluta e geral teoria da interdisciplinaridade, mas é necessária a busca ou desvelamento do percurso teórico pessoal de cada pesquisador que aventurou a tratar as questões desse tema.

Nossa pesquisa propõe uma aproximação ao tema da Interdisciplinaridade e seus múltiplos campos de intersecção buscando desafios para novos projetos de conhecimento a partir da atenção à saúde do idoso, contemplando a complexidade de problemas que envolvem uma organização hospitalar e a formação de suas equipes.

A interdisciplinaridade constitui um entre os vários temas que necessitam serem desenvolvidos para gerarem contribuição para a pauta da área da saúde, pois o contexto histórico vivido nessa virada de milênio, caracterizado pela divisão do trabalho intelectual, fragmentação do conhecimento e pela excessiva predominância das especializações, demanda a retomada do antigo conceito de interdisciplinaridade que, no longo percurso de século passado, foi sufocado pela racionalidade da revolução industrial (SAUPE *et al*, 2007, p.66).

Para Cutolo (2007, p. 17), “a polissemia que a interdisciplinaridade desperta pode ser entendida, pelo menos parcialmente, à medida que se recorta o seu significado dentro do objeto específico que se pretende investigar ou enfrentar”.

Interdisciplinaridade é um tema que assume um sentido nuclear no campo da saúde, sobretudo quando analisamos sua importância na Gerontologia e na Geriatria. Para atenção à saúde do idoso, necessitamos de uma pluralidade no olhar dos profissionais envolvidos, respeitando suas bases disciplinares, buscando soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e instituições.

A colaboração das várias disciplinas que compõem o amplo espectro da ciência do envelhecimento torna evidente a necessidade de se estabelecer conexões e correspondência entre as disciplinas específicas. Apontam para relações de proximidade e troca que transcendem os fazeres individuais de cada profissão onde esses profissionais constroem fatos novos diante de problemas comuns.

Não há quaisquer dúvidas sobre a importância da necessidade da atenção abrangente à saúde da pessoa idosa, uma vez que existem múltiplas facetas que compõem o processo do envelhecimento. Esta avaliação multidimensional deve ser prioritariamente interdisciplinar, pois ela é o fundamento básico da Geriatria e da Gerontologia.

Para que isso ocorra é preciso que se busque uma integração dos profissionais que compõem as equipes de cuidado e que se disseminem os princípios que regem a atitude interdisciplinar, propostos por Fazenda (2002, p. 11) que são: “humildade, coerência, espera, respeito e desapego e que estão aliados aos atributos de afetividade e ousadia”.

A humildade nos remete ao exercício do autoconhecimento, com o qual reconhecemos nossas limitações e imperfeições, estando abertos para o outro, buscando entender no outro o em torno, valorizando “pequenos saberes” na

composição do conhecimento. É reconhecer que se pode estar errado e que se pode ser ajudado, de que não é melhor ou pior, mas diferente.

A equação do conhecimento busca na coerência das ideias expostas, uma conectividade capaz de transcender o não percebido a fim de promover interferências observáveis, contaminando e se transformando em vontade coletiva. Fazenda (2005, p. 87) descreve que “para a realização de um projeto interdisciplinar, existe a necessidade de um projeto inicial que seja suficientemente claro, coerente e detalhado, a fim de que as pessoas nele envolvidas sintam o desejo de fazer parte dele”.

A espera não pode ser vista como comportamento estático. Requer paciência e sabedoria. A paciência da docência, da entrega ao outro, no amadurecimento dos ensinamentos tornando-os integrantes do conhecimento.

O respeito se molda nas competências relativas de cada coletivo de pensamento. Respeitar as limitações do outro, consciente de nossas próprias limitações, dentro da heterogeneidade, aproxima-nos da possibilidade do trabalho em equipe. Respeitar é não atribuir juízo de valor aos demais coletivos de pensamento envolvidos no trabalho em equipe nem fazer julgamento hierárquico, reconhecendo a importância do papel de cada um no processo de construção da prática interdisciplinar. Para Saupe *et al* (2007, p. 77) “a construção coletiva não deve negar o individual, a atitude de respeito pelo outro, mas pressupor subjetividade. De fato, o coletivo interdisciplinar pode ser entendido como intersubjetividade e, como tal, considerar o outro como único”.

E, por fim, o princípio do desapego nos conduz ao pressuposto de que não há sobreposição de importância de ideias, mas esse compõe um conjunto delas, que se integram num sistema e interagem para formar um todo.

Estabelece-se um diálogo entre as diferenças, indo-se além das fronteiras para a criação de um novo caminho.

Para Brandão (2008) esses princípios podem ser considerados como subsídios concretos à prática docente, e foram incorporados com essa possibilidade de articulação em rede, enriquecendo as reflexões sobre a construção dos saberes-fazeres e a prática profissional.

A habilidade de identificar dificuldades para a prática interdisciplinar é fundamental para a manutenção de estabilidade da equipe. Não existem fundamentos prescritivos para a prática interdisciplinar; é na vivência, nos acertos, nos erros e na identificação das dificuldades que se constrói um cotidiano de equipe.

Na prática, necessitamos de um programa de educação continuada que propague tais princípios dentro do ambiente de trabalho e se crie condições para a disseminação deste saber. É importante, ao se abordarem essas formas de aquisição e transmissão de conhecimentos e de atuação, que seja priorizada uma atenção abrangente à saúde do idoso, prioritariamente multidimensional. Esse conceito mais abrangente de saúde transcende os limites puramente biológicos, valorizando um sistema de integração entre as equipes, visualizando o indivíduo em sua totalidade, na apenas física como psíquica e social.

Nessa perspectiva, portanto, deixa de ser valorizado apenas o profissional que sabe muito, que se responsabiliza por tudo sozinho, abrindo-se espaço para aqueles que atuam dentro dos seus limites técnicos, mas cujo conhecimento nas outras áreas envolvidas facilita a atuação dos demais. Resume-se, assim, a essência da interdisciplinaridade, na qual o conhecimento

técnico se difunde não apenas em direção ao cliente, mas também aos outros profissionais, com o intuito de incrementar o somatório de conhecimentos do grupo (FILHO e SITTA, 1996, p. 440).

2.5 Conceito e formação de equipe

Para a análise da composição das equipes que prestam cuidados em saúde ao idoso devemos rever seus “modelos” tradicionais e buscar uma nova abordagem, na qual analisaremos a transformação dos conflitos potencialmente divisionistas em aprendizagem.

No domínio dos cuidados em saúde, o tradicional modelo biomédico está sendo substituído por uma abordagem biopsicossocial que reconhece a complexidade das forças que afetam a doença, a saúde e a cura. Essa abordagem mostra que os elementos biológicos, psicológicos e sociais devem ser todos considerados quando se tentar compreender e tratar qualquer problema de saúde.

Em função das múltiplas facetas que compõem o processo de envelhecimento, o número de profissionais que comporá a equipe interdisciplinar deverá ser adequadamente quantificado, devido à pluralidade de situações em que estão envolvidas no cuidado ao paciente idoso. Múltiplos profissionais poderão promover múltiplas inter-relações, desde que haja uma boa comunicação entre seus participantes.

Equipes clínicas interdisciplinares aproveitarão sua competência de especialistas em cada um desses domínios biológico, psicológico e social para diagnosticar e tratar pessoas e o contexto de sua doença, pois esses se

apresentam inseparáveis. O grande desafio é transformar em realidade o discurso interprofissional em práticas efetivas interdisciplinares.

Durante a formação profissional, deparam-nos com grades curriculares que pouco privilegiam a atenção às outras disciplinas e não se é dado o devido valor do quanto essas disciplinas podem contribuir no aprimoramento e na qualidade do nosso trabalho. A falta de visão e de compreensão destes fatores podem ser responsáveis pelo surgimento de uma grande variedade de problemas e conflitos de comunicação entre os grupos responsáveis pelo cuidado do paciente.

O trabalho em equipes multiprofissionais, com os especialistas de cada área agregando suas contribuições, geralmente não resolve as dificuldades colocadas. Somente uma colaboração e uma ação coordenada das equipes de saúde podem aliviar as seqüelas trazidas pela compartimentalização da arte em especialidades distantes uma das outras (SERRANO, 2007, p.30).

O trabalho em equipe retrata um modo de colaboração mútua, embora seja importante ressaltar que diferentes profissionais possam colaborar com outros sem ser parte de uma equipe definida. A colaboração é definida pelas relações e interações que ocorrem entre os componentes da equipe, implicando num coletivo de ações em direção a um objetivo comum e é, em última análise, os próprios profissionais de saúde, através de sua atitude diária, que irão determinar se ocorre ou não colaboração.

Esta linha de raciocínio sugere que a equipe pode ser uma forma de colaboração, mas nem toda colaboração é feita em equipe. Em outras palavras, o trabalho em equipe é um produto da colaboração e este é um

processo de interações e relacionamentos entre profissionais da saúde que trabalham numa equipe.

A prática colaborativa está relacionada com a interação dos profissionais da saúde e que utilizam a comunicação e a tomada de decisão, promovendo a colaboração baseada na partilha de conhecimentos e de uma gama de competências profissionais para influenciar a assistência ao paciente. Visa-se, com isto, ao bem final que é a melhoria da condição integral de saúde do paciente, entendida como situação de bem-estar físico, psíquico e social.

A Figura 6 mostra a interação entre os diversos profissionais, demonstrando a essência da interdisciplinaridade. Obviamente, esta representação se mostra apenas de modo didático, pois a composição da equipe poderá ser maior do que a apresentada.

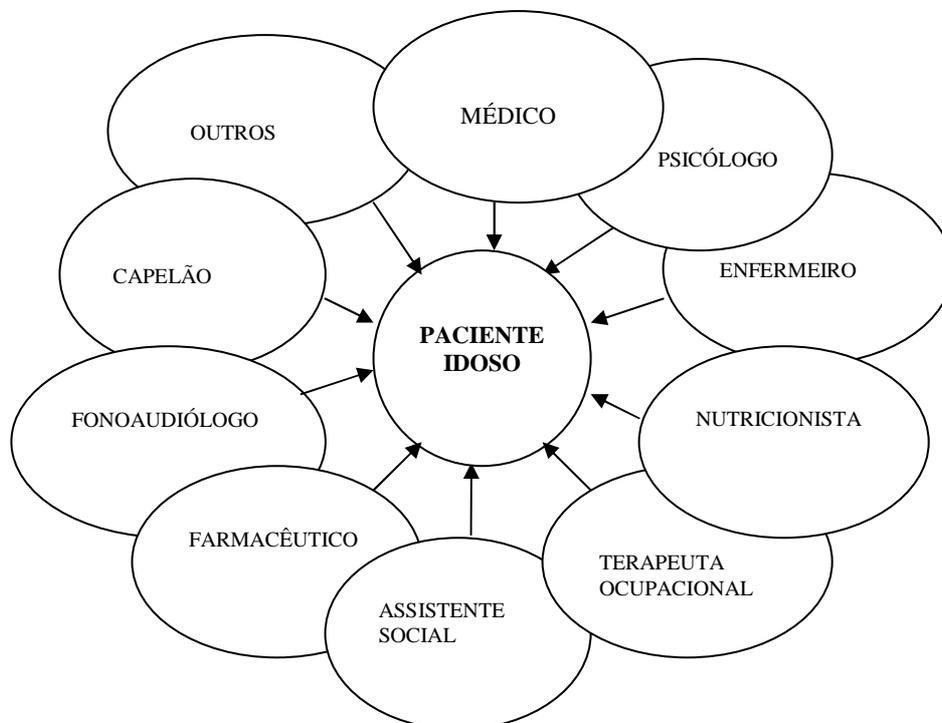


Figura 6 - Representação gráfica da inter-relação entre os profissionais da equipe [Fonte: NETTO, 2007, p. 157]

Nessa representação gráfica, dois fatos podem ser destacados: primeiro, o paciente idoso encontra-se no centro da figura, sendo este o alvo das atenções dos diversos profissionais; em seguida, a intersecção destes, representando a interação existente entre os componentes da equipe.

Desse ponto, parte a necessidade de rever como poderemos promover esta interação, uma vez que o convívio interpessoal é uma modalidade complexa e nem sempre fácil em ser aceita. A composição da equipe, que pode ser muito diversa, não é suficiente para definir a atuação interdisciplinar. É necessária uma dinâmica e vontade comum para que múltiplas áreas do saber, com diferentes propostas de trabalho e diversas formas de atuação, possam agir conjuntamente, sem que se instale obrigatoriamente um esquema de hierárquico.

Os principais elementos que definem esta dinâmica são:

- o respeito ao paciente: há a necessidade de se levar em consideração a participação deste nas decisões relacionadas ao seu estado de saúde e ao tratamento, sendo que todos os participantes de equipe devem respeitar este seu direito fundamental.

- o reconhecimento recíproco das competências e do papel de complementaridade de cada membro da equipe, bem como, a aceitação por parte de cada um dos membros. Esse procedimento requer consciência e voluntariedade que, em última análise, tenta banir o preconceito que acompanha os profissionais.

- a circulação da informação sobre o paciente: a circulação e a qualidade da comunicação entre os membros da equipe deverá se realizar de modo que todos compartilhem das informações a fim de que as ações possam ser

planejadas e executadas segundo um código de ética e de organização comum a todos os integrantes.

- o estabelecimento de um projeto comum e a tomada de decisões em conjunto: trata-se em estabelecer um elo condutor a um plano terapêutico particular para cada paciente, por meio de um idioma comum.

2.5.1 O despertar de habilidades

O contexto histórico vivido nessa virada de milênio, caracterizado pela divisão do trabalho intelectual, pela fragmentação do conhecimento e pela excessiva predominância das especializações, demanda a retomada do antigo conceito de interdisciplinaridade.

Os profissionais de saúde trazem o ranço de uma formação com saberes cada vez mais especializados, mais densos e inacessíveis a quem não faz parte do grupo de iniciados. Sua formação, ao longo do século XX, concentrou-se segundo modelos disciplinares rígidos e isto lhes proporcionou conhecimentos profundos sobre áreas bem delimitadas. Propiciaram-lhes competência e habilidades dentro de tais áreas, mas em contrapartida roubaram-lhes a visão de conjunto. Isso resultou em diversas dificuldades de relacionamento, de comunicação e de compreensão para com os colegas formados em outras disciplinas e para com o paciente atendido.

A necessidade de interação dos componentes de uma equipe interdisciplinar, com a finalidade de colocar em prática a visão multidimensional de atenção à saúde do idoso, tem feito com que haja uma busca por conhecimentos entre os diversos profissionais para além dos limites de suas

respectivas áreas de atuação.

Equipes de trabalho são mais eficazes quando têm objetivos claros, boa comunicação, coordenação, protocolos, procedimentos e mecanismos eficazes para solucionar conflitos quando estes aparecem. A participação ativa de todos os membros é outra característica fundamental. Equipes profissionais bem sucedidas necessitam desenvolver uma visão compartilhada reconhecendo as contribuições pessoais dos seus membros; promover desenvolvimento individual e em equipe; reconhecer as vantagens do trabalho em conjunto; certificar-se das responsabilidades de cada um como uma responsabilidade coletiva.

A visão compartilhada é fundamental para se compor uma organização, pois resulta de um interesse comum. Para Senge (2008, p. 236) tal noção muda o relacionamento das pessoas com a empresa. Em lugar de “sua empresa”, ela se transforma em “nossa empresa”. Cria uma identidade comum. Na verdade, a noção compartilhada de propósito, visão e valores operacionais da organização estabelece o nível mais básico de compartilhamento.

Para que se possa criar uma visão compartilhada dentro de uma organização é preciso que os colaboradores sejam estimulados a desenvolverem suas visões pessoais. Se não tiverem sua própria visão, restará às pessoas simplesmente “assinar em baixo” a visão do outro. E isto não resultará em comprometimento, e sim, em aceitação. Por outro lado, pessoas que têm uma forte noção de direção pessoal podem se juntar para criar uma sinergia poderosa em buscar do que eu/nós realmente desejamos.

A interdisciplinaridade somente irá ocorrer se houver conscientização por parte dos integrantes da equipe, em todos os níveis de atuação, sobre a importância dessa forma de atuação. E o diálogo só poderá ocorrer de forma

eficaz quando o grupo de pessoas que compõem a equipe se verem como colegas em uma busca mútua de novas ideias. Fazenda (2005, p.13) descreve que “o primeiro passo para a aquisição conceitual interdisciplinar seria o abandono das posições acadêmicas prepotentes, unidirecionais e não rigorosas que fatalmente são restritivas, primitivas e “tacanhas”, impeditivas de aberturas novas, camisas-de-força que acabam por restringir alguns olhares, tachando-os de menores”.

O processo de funcionamento da equipe será determinado por métodos que irão promover a comunicação da equipe, pela natureza hierárquica da equipe, pelos valores dos membros da equipe relativamente concernentes à divisão de poder e, por relações idiossincrásicas que se irão desenvolver dentro das equipes.

Baseado nos estudos de Wiecha *et al* (2004), o trabalho em equipe pode ser caracterizado no que ficou chamado de os “12 C’s do trabalho em equipe” descrito como:

- Comunicação (essa é a condição *sine qua non* do trabalho em equipe)
- Cooperação (capacitação de membros da equipe)
- Coesão (equipes ficam juntas, agregam-se)
- Compromisso (investir no processo da equipe)
- Colaboração (igualdade na equipe)
- Confronto de problemas diretamente
- Coordenação de esforços (assegurar ações que apóiem um plano comum)
- Conflitos administrados

- Consenso na tomada de decisões
- Cuidado (centrado em resultados para o paciente)
- Consistência (um com o outro e para com o ambiente)
- Contribuição (sentir o que está sendo feito)

(Livre tradução do autor)

Aplicando os 12 processos em um grupo, poderia ser razoável que se esperasse o surgimento de sinergias criativas entre seus membros, produzindo novas e talvez inesperadas ideias e soluções, resultando em uma equipe funcional. Diversas perspectivas podem contribuir para criatividade e aprendizagem, aquisição de habilidade e inovação.

Nos últimos anos, tem se questionado qual seria o melhor elenco de profissionais para compor uma equipe interdisciplinar dedicada ao cuidado à saúde do idoso. Na verdade, devemos partir de um conceito democratizante para constituir a equipe hospitalar. Temos que ter em mente que são diferentes profissionais com interesses e formações diferentes. Nossa virtude estará em promover a interação das diferentes áreas estabelecendo critérios assertivos, pois a proposta para esta nova “leitura” disciplinar remete a uma preocupação em difundir os conceitos de interdisciplinaridade.

É preciso estabelecer diálogos interdisciplinares aos quais os assuntos possam se mesclar e produzir um conteúdo mais rico em sua essência. Constituir uma equipe interdisciplinar é (des/re) construir as representações tradicionais de sua constituição histórica. Para compor estas equipes em uma equipe em que haja a lógica do pensamento interdisciplinar, há uma série de dificuldades inerentes ao processo.

Observa-se que esta experiência pressupõe consensos e divergências, alianças e oposições em torno dos princípios metodológicos, epistemológicos e teóricos da interdisciplinaridade. Alguns princípios são particularmente essenciais, como já discutidos anteriormente. Não se pode esquecer que há diferentes grupos envolvidos nesse processo e que em algum momento uma disciplina poderá assumir papel de destaque. No entanto, os condutores (mentores) desse processo deverão contemporar a “briga” de egos que poderá surgir. De nada servirá à equipe a existência de profissionais com ótima formação acadêmica em sua área de conhecimento se a decisão coletiva não prevalecer.

Para o atendimento ao idoso, com uma grande abrangência às diversas áreas que o compõem, muitas vezes há necessidade em se tomar decisões que eventualmente colidam com procedimentos de outros profissionais da equipe. Embora seja o médico a figura que culturalmente detenha a “preferência” da família, do paciente, da sociedade e, por vezes, dos próprios profissionais da saúde na condução do tratamento do paciente, não há justificativa para uma posição impositiva por parte deste profissional nas decisões.

Manda o bom senso que haja um compartilhamento na tomada de decisões e que os demais participantes de equipe sejam ouvidos em sua área de competência, uma vez que, os membros da equipe têm os mesmos deveres éticos e responsabilidades para com o paciente. Para Netto e Yuaso (2007, p.158) é importante que o profissional se conscientize da relevância da adaptação a essa forma de atenção à saúde, buscando através do relacionamento com os demais profissionais o enriquecimento da sua formação.

Em resumo, a moderna equipe interdisciplinar é um consistente agrupamento de pessoas de todas as disciplinas clínicas, incluindo o paciente e sua família, que interagem guiadas pelos diferentes processos aqui expostos para alcançar resultados favoráveis para o paciente.

2.6 A religação dos ofícios

Para que uma organização possa obter sucesso e melhorar seu desempenho gerencial, é preciso que seus gestores tenham como foco as transformações em nível pessoal, pois equipes integradas representam um instrumento fundamental para sua excelência. No caso de um hospital, o seu sucesso depende cada vez mais do conhecimento, habilidades, criatividade e motivação das pessoas que nela trabalham. O sucesso das pessoas, por sua vez, depende cada vez mais de oportunidades para aprender e de um ambiente favorável ao pleno desenvolvimento de suas potencialidades.

A busca por projetos de ensino que propiciem o encontro de diferentes conhecimentos e a configuração de novos cenários de aprendizagem poderão promover um redimensionamento ao modelo disciplinar clássico. Nesse ponto, delineiam-se caminhos possíveis para a transformação do ensino em saúde, aproximando-se com a interdisciplinaridade.

Há a necessidade em estruturar a equipe interdisciplinar, bem como, definir seus objetivos e propósitos, o papel que cada disciplina irá desempenhar, a fim de que possa minimizar as divergências e conflitos interprofissionais que venham a surgir, não privilegiando uma disciplina em detrimento da outra.

A aprendizagem em equipe é o processo de alinhamento e desenvolvimento da capacidade da equipe em criar os resultados que seus membros realmente desejam. Ela baseia-se na disciplina do desenvolvimento da visão compartilhada e no domínio pessoal, promovendo uma religação dos ofícios.

Esta religação só se constrói por meio de um trabalho de reflexão crítica sobre as práticas de (re)construção permanente de uma identidade pessoal, favorecendo uma contextualização sobre as vivências e experiências de vida do grupo. Por isso, é importante investir na pessoa, integrando conhecimentos práticos e ações de estudo, pesquisa, ensino e intervenção gerontológica.

Programas de educação continuada deverão ser estruturados para que possam promover uma melhor integração dos profissionais da saúde, bem como, relacionar seus conceitos especializados, através da aproximação de conteúdos pertinentes e globalizantes, promovendo uma redefinição sistêmica no modelo educacional proposto.

Claro que não estamos propondo o fim das disciplinas autônomas e nem das especializações. Disciplinas formais e interdisciplinaridade não são opostas, mas complementares. Sempre haverá amplo campo, na divisão de trabalho e na especialização científica, onde peritos poderão se dedicar a particularidades.

É preciso estar ciente de que as particularidades também promovem o crescimento do grupo. No entanto, para que o trabalho se torne interdisciplinar, as pessoas precisam tirar os olhos do seu trabalho e olhar para além do limite de sua disciplina.

Druker (2002, p. 68) ressalta que “a concentração na contribuição desvia a atenção do indivíduo de sua própria especialidade, de suas próprias

habilidades mais evidentes, de seu próprio departamento e faz voltar-se para o desempenho como um todo. Desvia a atenção dele para fora, o único local em que há resultados”.

A “contribuição” poderá ter diversos significados. Para que uma organização tenha um bom desempenho, a mesma precisa de resultados diretos, construir valores e reafirmá-los continuamente e promover o desenvolvimento das pessoas para o amanhã. O foco na contribuição em si apresenta os quatro requisitos básicos das relações humanas efetivas: a comunicação, o trabalho em equipe (já discutido neste estudo), o autodesenvolvimento e o desenvolvimento dos outros, através da educação continuada.

2.7 Comunicação e Interdisciplinaridade

Toda organização tem um conjunto de comportamentos, saberes e saber-fazer característicos de um grupo humano – entendidos por alguns autores, como cultura organizacional. Dessa forma, os comportamentos pertinentes a uma determinada organização são adquiridos por meio de um processo de aprendizagem e transmitidos ao conjunto de seus membros. Isso necessariamente envolve comunicação (MARCHIORI, 1999).

O trabalho em equipe não pode existir sem comunicação. A comunicação adequada somente existe em uma atmosfera de aceitação verdadeira. Sabe-se que, embora se possa idealizar um serviço hospitalar em sua plenitude, as características das organizações de saúde tendem naturalmente para um padrão que se distancia do ideal.

A perspectiva da interação entre interdisciplinaridade e comunicação é a de promover um tipo de movimento cultural interno dentro da instituição hospitalar que traga uma integração intra-institucional abrindo caminho para o desenvolvimento de uma forma de organização que se aproxime daquelas premissas ideais.

A comunicação deverá ser o ponto básico para promover um elo entre os grupos que compõem a equipe interdisciplinar exigindo uma experiência compartilhada. Nosso grande desafio será articular os múltiplos segmentos e especialidades em torno de um projeto integrador. Para isso, precisamos expandir nossa visão para que haja complementaridade em nossas proposições. Um projeto coletivo estaria permeando estas relações, favorecendo a integração do hospital em uma rede de oferta de cuidados, o qual resultaria em um processo de transformação cultural através de uma nova realidade.

Segundo Housel (2008, p. 85), para que haja comunicação significativa e produtiva, os integrantes da equipe precisam lidar uns com os outros de maneira franca, respeitosa e receptiva.

Na área de saúde, a comunicação encontra-se ainda abandonada e mal gerida. Para atuarmos com eficiência na comunicação entre os diversos públicos que compõem um hospital é preciso buscar soluções de forma integradora que facilitem as inter-relações entre estes grupos. A necessidade por uma revolução de conceitos, atitudes e inovação é imprescindível para uma nova realidade institucional.

Para tanto, os esforços de modernização nas ações de comunicação acabam esbarrando em um problema ainda difícil de ser transposto – a

mudança da mentalidade dos colaboradores, das gerências e dos empresários o qual irão promover efetivamente boas práticas de comunicação.

Um trabalho efetivo de comunicação entre os diversos públicos que utilizam um serviço de saúde é de fundamental importância para promover a integração e minimizar problemas dentro da instituição. Por isso, a comunicação deve ser básica entre os grupos para que se estabeleça e maximize a coordenação e cooperação.

Nesse sentido, acredita-se que a comunicação deva trazer algo não trivial ao cotidiano dessas instituições. O movimento em direção à construção do trabalho em equipe deve ser pautado numa premissa de interação e compartilhamento. Quando mentes interagem novas ideias surgem. E definir como mentes interagem em uma equipe clínica entendendo sua estrutura e funcionamento é essencial para a construção de uma bem sucedida equipe multi e interdisciplinar de cuidados.

Um primeiro ponto a ser lembrado é que para que tenhamos eficácia na relação entre as equipes é preciso que haja uma boa comunicação. Muitos membros da equipe se frustram e, muitas vezes, expressam preocupações em relação à qualidade e à extensão da comunicação que está sendo praticada dentro do grupo.

Como em qualquer relacionamento entre as pessoas, a capacidade de criar e manter as linhas de comunicação abertas em uma equipe interdisciplinar é um importante indicador da eficácia das competências da equipe. Na equipe interdisciplinar, as dimensões de comunicação mais frequentemente discutidas dizem respeito a questões que envolvem confrontos de egos, o papel de “sobreposição” de um membro da equipe em relação ao outro, conflitos de

interesses e da utilização eficaz e compartilhamento de informações clinicamente importantes. O papel do médico ainda hoje é muito centralizador, sendo este reverenciado com figura central na equipe de saúde. Isso precisa ser discutido de uma maneira democrática, para que fique explícita a importância incontestável dos outros membros da equipe, reduzindo assim as desigualdades entre os diferentes grupos.

Por exemplo, os médicos tendem a realizar o atendimento ao paciente enfatizando, predominantemente, abordagens dentro de um modelo biomédico, não contemplando a realidade adjacente. As informações prestadas ao paciente, muitas vezes, resumem-se ao resultado de exames laboratoriais como forma de focar cada vez mais as estreitas interpretações dos problemas do paciente.

A necessidade de uma visão mais ampla do paciente, como pessoa e ser social, inclui a interpretação do significado da doença e seu significado para a vida cotidiana. Essa abordagem mais holística para o problema do paciente incorpora dimensões mais qualitativas, em contraste com o médico, arraigado a uma visão meramente cartesiana.

Devemos considerar o estabelecimento de equipes multi e interdisciplinares como um dos elementos chave para o desenvolvimento de uma medicina de inclusão. Essa nova mentalidade do trabalho em equipe poderá promover uma melhora nas relações entre os diversos profissionais de saúde, trazendo maior interação social entre os grupos, valorizando a autonomia e a criatividade, promovendo integração da equipe.

A integração da equipe deverá ser vista como uma importante estratégia assistencial visando a uma nova lógica de assistência à saúde. Horizontalizar

as relações interpessoais faz parte dessa nova perspectiva integradora, a qual trará maior articulação, bem como, resultados positivos na assistência prestada.

A menos que tais valores e pressupostos da sua importância relativa estejam claros, os diferentes profissionais que estão envolvidos no cuidado podem ter dificuldade em trabalhar em conjunto, em uma equipe interdisciplinar, pois cada um tem diferentes pontos de vista em relação às peculiaridades dos demais profissionais, das prioridades de sua disciplina e dos valores básicos que criam estas prioridades. Além disso, com as mudanças atuais no sistema de cuidados de saúde, é cada vez mais importante para estes profissionais entenderem com os seus próprios papéis estão a mudar em resposta aos novos padrões de cuidado, enfatizando contenção de custos e melhoria da qualidade do atendimento.

Embora a maioria dos prestadores de cuidados de saúde tenham sido treinados durante sua formação acadêmica para acreditar que o seu papel é especial e único, existe uma sobreposição substancial em determinadas áreas da saúde, que pode variar em extensão e profundidade. Uma maior disponibilidade para ser flexível, colaborativo, cooperativo é a pedra fundamental do novo sistema de cuidados de saúde que está a surgir a partir de forças de trabalho atual, assumindo uma maior capacidade de se comunicar sobre papéis, valores e estilos de prática de cuidados.

É preciso analisar a forma com que a influência da socialização profissional no processo de aquisição de uma identidade como médico, enfermeiro, assistente social, ou outro profissional da saúde, pode afetar o panorama global e pessoal do prestador de cuidados de saúde. Especialmente

importantes são os valores relacionados à ética, à autonomia e à qualidade de vida que desempenham um papel crucial no estabelecimento e na definição destas novas identidades profissionais. Posteriormente à formação inicial, a experiência dos profissionais no local de trabalho e sua exposição a diferentes tipos de pacientes, os problemas, e outros profissionais podem ainda moldar o seu sentimento como profissional.

Na verdade, como os efeitos de uma mudança do sistema de cuidados de saúde continuam a fazer-se sentir no local de trabalho e na identidade profissional dos prestadores de serviços, não haverá impacto crescente da prática sobre as mudanças na forma como prestadores de cuidados de saúde vêem a si mesmos e outras pessoas em relação ao trabalho em equipe interdisciplinar.

Nosso objetivo principal neste momento é um apelo à adoção de uma ética reflexiva para a prática do trabalho em equipe interdisciplinar, isto é, prestadores de cuidados de saúde que trabalham em colaboração necessitam tornar-se mais conscientes da forma como os seus próprios horizontes profissionais, formação e experiência profissional e relacionamentos têm moldado quem são e como eles pensam.

Devem também tornar-se mais conscientes das diferenças entre si e os seus colegas membros da equipe a partir de diferentes origens. No entanto, tal como os membros da equipe precisam de tempo livre das pressões clínicas diárias para refletir sobre como eles estão atuando como equipe, também necessitam de tempo para desenvolver as competências necessárias para a aquisição de uma visão reflexiva sobre cada um dos outros membros, suas origens, formação e perspectivas individuais na tomada de decisão clínica que

fazem distintas as profissões.

Neste sentido, a equipe reflexiva complementa a aprendizagem multi e interdisciplinar que está aberta à partilha de informações e novas perspectivas, abordando o grupo, suas preocupações e questões, educando seus membros e os pacientes sobre questões importantes a serem considerados em qualquer decisão clínica.

2.7.1 Comunicação, Cultura e Diálogo

Globalmente, as questões que envolvem comunicação sobre trabalho em equipe interdisciplinar são complexas. A capacidade de refletir sobre as importantes diferenças e semelhanças entre as profissões da área da saúde bem como compreender como esses fatores interagem, estão mudando em face das forças transformadoras do nosso sistema de saúde, característica cada vez mais importante e eficaz de trabalho em equipe e colaboração para o futuro das profissões da área da saúde.

A crescente complexidade dos conhecimentos e das competências necessárias para prestar cuidados a estes doentes resultaram no aumento da especialização no âmbito da saúde. Embora esta especialização permita uma exploração mais profunda das questões ligadas a disciplinas específicas, isto não significa que um profissional de saúde possa satisfazer todas as complexas necessidades destes pacientes. Com a crescente especialização, há menos oportunidade para a troca interdisciplinar.

Isso nos mostra o quanto se torna confortável permanecer no interior da própria disciplina, onde a comunicação é facilitada por um vocabulário

especializado, onde há semelhanças nas abordagens para a resolução dos problemas, os interesses são comuns e a compreensão das questões passa a ser compartilhada. Essa visão disciplinar do mundo é ensinada e reforçada por meio da socialização dos processos das experiências educacionais.

Membros de cada especialidade e disciplina têm em suas bases teóricas disciplinares subsídios para interpretar questões que surgem no seu dia-a-dia. A especialização permite uma exploração mais profunda das questões ligadas a disciplinas específicas; porém, não significa que um profissional de saúde possa satisfazer todas as complexas necessidades destes pacientes.

Com a crescente especialização, há menos oportunidade para a troca interdisciplinar. Embora saibamos que a crescente complexidade dos conhecimentos e das competências necessárias para prestar cuidados a estes doentes resultaram no aumento da especialização no âmbito da saúde, uma maior integração da equipe é um dos grandes desafios que deveremos enfrentar na busca de uma mudança na cultura organizacional.

Quando, em uma organização, as pessoas dispõem das mesmas informações e compreendem que são parte integrante da vida organizacional, que possuem valores comuns e que compartilham dos mesmos interesses, os resultados fluem. O reconhecimento de valores compartilhados proporciona aos indivíduos uma linguagem comum com a qual todos podem colaborar (MARCHIORI, 1999).

Portanto, comunicação é fundamental para que a interdisciplinaridade possa ser alcançada na equipe de saúde. A diversidade entre as disciplinas deverá ser vista como um ponto de união, pois é na comunhão dos conhecimentos que se constrói uma nova leitura. Integrar, compartilhar, unir

são as novas palavras de ordem. É preciso lembrar que uma equipe carrega a responsabilidade pelos esforços coletivos. Dessa forma, a conquista de uma atitude inclusiva será o caminho para a comunicação eficaz.

3 CONFIGURAÇÃO ORGANIZACIONAL PROPOSTA

Aprendemos que, na busca da verdade, as atividades auto-observadoras devem ser inseparáveis das atividades observadoras, as autocríticas, inseparáveis das atividades críticas, os processos reflexivos, inseparáveis dos processos de subjetivação.

(Morin, 1998, p. 130)

Para a descrição da configuração organizacional proposta, partimos desse ponto relatando a experiência como Diretor Clínico de um hospital privado, na cidade de São Paulo, voltado eminentemente para público geriátrico. Pertencente a uma operadora de plano de saúde para idosos, tanto o referido hospital quanto os outros, fazem parte de um grupo gerido por uma empresa familiar.

Como descrito anteriormente, nossa história profissional dos últimos 10 anos se mescla com o crescimento da operadora de saúde, bem como, como a tentativa de modernização dos seus serviços hospitalares. Durante anos observamos o cenário que foi se desenvolvendo dentro desse grupo. Em fevereiro de 1998, a operadora tinha 2000 associados, em sua maioria, maiores de 60 anos. Em janeiro de 2008, esse número já contabilizava 85 mil associados, com a idade mínima para aceitação no plano de 50 anos.

Embora a operadora tenha crescido em termos quantitativos, a preocupação da alta direção em desenvolver estratégias que contemplassem o desenvolvimento de equipes para o cuidado ao idoso, não foi prioridade.

Nossa preocupação foi apresentar a instituição, destacando as dificuldades inerentes na busca pelos conceitos de interdisciplinaridade relacionados ao desenvolvimento de pessoas dentro de um hospital geriátrico. A integralidade das ações e as interações entre os indivíduos constituíram o principal foco desse trabalho.

Como não temos a pretensão de que as ideias, as ferramentas e os métodos que foram descritos aqui sejam de modo algum completos, contamos com aliados que estejam disponíveis a complementar nossa busca, promovendo a interdisciplinaridade e o aprendizado, desenvolvendo equipes capazes de raciocinar em conjunto com mais produtividade, conjugando esforços e inspirando objetivos comuns.

3.1 O Hospital

O hospital, cujas teorias estão incorporadas na fundamentação teórica empírica desta pesquisa, foi inaugurado em 25 de julho de 2007. Estruturado em diversos setores (Quadro 6) e estando integrado aos outros hospitais do grupo, apresenta serviços que contemplam a atenção do paciente geriátrico em distintas fases de sua doença, no entanto, com um modelo de atendimento centrado nas suas patologias, estando disponível uma equipe multidisciplinar.

O hospital conta ainda com alguns serviços para o diagnóstico complementar como ultrassonografia e raio X, exames laboratoriais, estando os demais serviços a cargo de uma rede credenciada. Sua área física foi projetada abrigando um prédio com 18 andares e mais três andares de subsolo, contando com 107 leitos em atividade, a distribuição dos diversos serviços ficou assim:

- Térreo: recepção e triagem de enfermagem
- 1º andar: serviço de oncologia e central de material esterilizado (CME).
- 2º andar: farmácia, vestiários de funcionários, recursos humanos (RH), setor de vendas e repouso médico.
- 3º andar: pronto atendimento, raio X e ultrassom.
- 4º andar: centro cirúrgico.
- 5º, 6º e 7º andares: unidade de terapia intensiva (UTI) geral.
- 8º, 9º, 10º, 11º e 12º andares: enfermarias.
- 13º, 14º, 15º e 16º andares: apartamentos.
- 17º andar: laboratório.
- 18º andar: refeitório.
- 1º subsolo: apoio técnico.
- 2º e 3º subsolos: estacionamento.

Quadro 7 - Número de leitos em atividade no hospital (julho de 2007)

Clínica	Número de Leitos
Emergência	2
Observação – Pronto Atendimento	2
UTI Geral	33
Apartamentos	24
Enfermarias	50

O hospital é uma unidade vinculada administrativamente ao plano de saúde, não tendo autonomia para gerir suas despesas orçamentárias. Contando com um Conselho de Gestão composto pela família, que aprova e libera verbas para esta e para outras unidades hospitalares, tem em sua

configuração organizacional serviços profissionais delineados em concordância com os direitos e garantias constitucionais da pessoa idosa.

Composto por vários profissionais de diferentes áreas, entre eles médicos, enfermeiros, nutricionista, fisioterapeutas, farmacêuticos, serviços de higienização, hotelaria e administração, o hospital se inseriu dentro de uma categoria peculiar no contexto de saúde atual, tornando-se um dos primeiros hospitais exclusivo para tratamento de pacientes idosos.

3.2 O Perfil do Cliente

A organização, foco do presente estudo, é um Hospital Geriátrico situado em São Paulo, capital, cujo trabalho proposto está em prestar atenção à saúde dos conveniados do plano de saúde. Levando-se em consideração a diversidade e a complexidade do idoso, o perfil etário dos pacientes que frequentam o hospital enquadra-se em uma faixa inferior àquela proposta para definir o paciente geriátrico, habitualmente a partir de 60 anos.

Como o plano de saúde passou a aceitar pacientes com idades acima de 49 anos, não impondo limites para sua inclusão, nem carência para doenças pré-existentes, houve uma adesão maciça de muitos pacientes, sobretudo, pertencentes às classes menos abastadas.

Embora a participação no convênio de saúde identifique os indivíduos com a terceira idade e embora o perfil socioeconômico dos clientes aponte para algo mais próximo da classe média, a característica mais particular desse grupo é o fato de serem pessoas de ambos os sexos, que partilham a experiência de envelhecer, em um meio comum, expressando essa experiência de forma singular.

3.3 O Perfil da Organização

As modificações estruturais pelas quais passa a prestação da assistência de saúde têm sido acompanhadas por alterações e variações na relação médico-paciente. O hospital vem sendo atingido claramente por fatos e fatores que interferem na assistência que o doente espera receber e, nem sempre, o que o paciente deseja é oferecido pelos serviços de saúde.

Outrora dominado por uma medicina liberal, onde o médico aproximava-se mais facilmente do paciente e tinha em sua figura seu principal expoente, uma nova sistemática de relações interpessoais e de serviços se faz presente. Não se pode pensar hoje na assistência à pessoa idosa como sendo exercida por um único profissional, ou por alguns poucos profissionais entrincheirados em seus locais de trabalho.

Ao tentar transpor fronteiras na organização, passei a repensar as tradicionais estruturas hospitalares. Sabíamos que estava entrando num ambiente minado e que surgiriam resistências dos vários setores, mas era preciso coragem resoluta e paciência persistente. Não se trata de uma retórica onírica nem de um idealismo intelectual, no entanto, a busca pelo desafio passou a ser o combustível para enfrentar as mudanças.

Um dos primeiros pontos que foram trazidos à discussão para a Diretoria do grupo foi a criação de um Hospital Geriátrico onde efetivamente as equipes pudessem ser multi e interdisciplinares, atendessem a requisitos básicos de domínio das técnicas de cada área, atuando de forma especializada e fossem capazes de alinharem-se ao pensamento gerontológico, compreendendo as questões pessoais e coletivas decorrentes do envelhecimento humano.

Para tanto, era preciso que fossem construídas redes de colaboradores, reunindo pessoas capazes de ver a realidade desses idosos com outros olhos, a fim de compreender o valor das equipes na construção de parcerias mais autênticas e produtivas. Não foi uma missão fácil, uma vez que, a maioria de médicos e demais profissionais que compuseram o hospital vinham de formações com um pensamento eminentemente cartesiano e criaram resistência às novas idéias.

Tentando abrandar esse hiato na formação dos profissionais, outro ponto para discussão foi a criação de um centro de pesquisa que pudesse promover cursos de extensão para os diversos profissionais do hospital. Fizemos o esboço de que seria o centro de pesquisa sobre o envelhecimento, com profissionais de diferentes especialidades, engajados com o ensino e pesquisa. Nesse quesito, obtivemos melhores resultados, visto que bons profissionais, idealistas e apaixonados pela profissão, surgiram como um oásis dentro desse grupo de profissionais.

O compartilhamento do conhecimento revelar-se-ia como condição para o cultivo de aspirações genuinamente comuns e sua prática tornar-se-ia imprescindível, uma vez que de nada adiantaria dispor de conhecimentos importantes se não se promove a sua partilha. Precisávamos articular os múltiplos segmentos e especialidades em torno de um projeto único. Para isso, precisávamos expandir nossa visão para que houvesse complementaridade em nossas proposições.

3.4 Configuração da Organização Profissional

A formação de massa crítica para a mudança dentro das organizações sempre começa pequena e, muitas vezes, continua pequena. No entanto, as verdadeiras mudanças vêm através da nossa capacidade em desenvolver grandes redes de colaboradores, cujas aspirações sejam compartilhadas e que seus participantes estejam comprometidos, pois sem isso não será possível realizar nada.

As organizações e os hospitais, mais do que qualquer outra empresa, são feitos de pessoas. Num mundo globalizado, onde tecnologias e matérias-primas estão ao alcance de todos, o fator que diferencia as empresas é o potencial humano de que dispõem. A valorização dos profissionais deve ser vista como um fim na conquista pela excelência na organização e não com uma figura retórica de efeito demagógico.

O hospital depende cada vez mais do conhecimento, das habilidades, da criatividade e da motivação de sua força de trabalho. Por sua vez, o sucesso das pessoas depende cada vez mais das oportunidades para aprender, experimentar novas habilidade e utilizar a criatividade.

Ao compor a equipe hospitalar, em função de sua pluralidade profissional, partimos de um conceito democratizante onde diferentes profissionais, com interesses e formações diversas, pudessem interagir estabelecendo diálogos interdisciplinares e pudessem mesclar e produzir conteúdos mais ricos em sua essência.

Mobilizamos os setores que compunham a empresa, tanto do hospital quanto dos ambulatórios, recrutando profissionais interessados em formar uma equipe multi e interdisciplinar. Para isso, passamos a “pregar” os princípios que

subsidiar uma prática docente interdisciplinar, buscando atrair seguidores para nossa empreitada. Humildade, coerência, espera, respeito e desapego passaram a ser as palavras de ordem, trazendo para discussão uma lógica de trabalho pautada na construção de uma prática interdisciplinar.

A construção de uma equipe interdisciplinar é (des/re)construir as representações tradicionais de sua constituição histórica. Para compor essas equipes em uma equipe em que haja a lógica do pensamento interdisciplinar, há uma série de dificuldades inerentes ao processo. Observa-se que essa experiência pressupõe consenso e divergências, alianças e oposições em torno dos princípios metodológicos, epistemológicos e teóricos da interdisciplinaridade.

Para Martins de Sá (2006, p. 1474),

a formação dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao idoso deve ter como base o perfil do gerontólogo, apontado como aquele apto a: apreender, historicamente e criticamente, o processo de envelhecimento, numa perspectiva de totalidade; compreender o significado social da ação gerontológica; situar o desenvolvimento da gerontologia no contexto sócio-histórico internacional, nacional e local; atuar nas expressões da questão da velhice e do envelhecimento, formulando e implementando propostas para o enfrentamento; realizar pesquisas que subsidiem a formulação de ações gerontológicas; compreender a natureza interdisciplinar da gerontologia buscando ações compatíveis no ensino, pesquisa e na prestação de serviços; estar aberto à mudança, agindo com criatividade; zelar por uma postura ética e solidária no desempenho de suas funções; orientar a população idosa na identificação de recursos para o atendimento às necessidades básicas e de defesa de seus direitos; ter competência teórico-crítica, técnico-operativa e ético-política, para uma ação gerontológica que atenda aos requisitos da eficiência, eficácia e efetividade.

Parte deste ponto nossa dificuldade inicial na composição das equipes dentro do serviço. Como a formação das equipes na área de saúde do idoso está vinculada a uma compreensão do processo de envelhecimento e suas repercussões biopsicossociais, em face da necessidade do trabalho

interdisciplinar e à luz de novos paradigmas sobre saúde-doença, nosso desejo era que esses pressupostos fossem seguidos à risca. No entanto, em função da resistência imposta pela Diretoria do grupo, limitada em sua compreensão em relação às questões envolvidas no conceito da interdisciplinaridade, estabelecemos as equipes de trabalho do hospital de maneira tradicional.

A equipe foi composta por profissionais de medicina, enfermagem, serviço social, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, farmacêutico, hotelaria e biomédico. Duas novidades foram propostas, buscando ampliar ao máximo a diversidade profissional e pessoal do grupo. Trouxemos para as reuniões semanais o ator principal de nossa pesquisa, o idoso, bem como, os representantes dos diversos setores que compõem o hospital. Técnicos de enfermagem, secretárias, pessoal de manutenção, faxineiras e outros profissionais de funções técnicas passaram ser presença garantida em nossas reuniões.

O objetivo era que pudessem compreender as dificuldades inerentes ao processo administrativo e interdisciplinar e pudessem servir como disseminadores dos conceitos abordados pelo grupo, embora fossem receber treinamento específico em seus setores. Nosso trabalho foi marcado pela complexidade dos conceitos e ações em todos os sentidos, na diversidade profissional, nas tecnologias, nas relações sociais e interpessoais, na organização, na dinâmica e na lógica do processo.

No início, houve incredulidade por parte de alguns dos representantes da equipe, mas logo entenderam nossa proposta. Não se pode menosprezar nenhum dos atores que compõe o hospital, visto que sua contribuição pode ser imprescindível como estratégia central na busca pela integralidade da atenção. Como relatamos no início desta narrativa, não se chega à Lua sem

o cuidado dispensado pelo faxineiro na limpeza da plataforma de lançamento do foguete.

E essa era a nossa grande aposta. A integralidade em sua forma plena. Precisávamos não só de profissionais técnicos em suas funções. Buscávamos engajamento dos colaboradores para a construção coletiva de um programa interdisciplinar dentro do hospital. Ao contrário do que se poderia esperar, a prática das reuniões revelou-se uma estratégia importante de motivação e da sensação de pertencimento.

Todos os assuntos discutidos em reunião eram analisados por todos os presentes, votados democraticamente, sendo que o peso do voto do diretor era o mesmo do profissional com menor qualificação. Uma ata era redigida após cada reunião por um dos membros e enviada, via eletrônica, a todos os participantes. Na próxima reunião, apurávamos o que foi cumprido e se as metas que foram estabelecidas estavam em andamento e qual seria o tempo para que fossem concretizadas.

É óbvio que houve uma enorme diversidade de questionamentos e de contribuições críticas, de tipo estritamente disciplinar. No entanto, a impressão era que todos os participantes compartilhavam de um enriquecimento progressivo nas relações e a prática permitia uma aproximação entre as disciplinas.

3.5 Saúde pelas letras: hospitais que aprendem

O hospital é uma rede complexa onde diversos profissionais estão envolvidos em diversas tarefas e funções baseadas no conhecimento. Eles precisam trabalhar juntos para uma finalidade comum: o bem estar do paciente. É oportuno salientar que a organização é, sem dúvida, um celeiro de saberes, no entanto, seu compartilhamento ainda é, por vezes, medíocre.

Como organização do conhecimento, o hospital deverá buscar transformar o saber organizacional fragmentado, baseado no paradigma cartesiano, em uma abordagem mais ampla e sistêmica. Nesse sentido, propusemos a integração dos vários níveis de conhecimento e de expressão, por meio de uma ação coordenada pela equipe multi e interdisciplinar, buscando o aprimoramento dos indivíduos e o desenvolvimento de suas habilidades.

Nas organizações de aprendizagem, uma das competências fundamentais é “aprender a aprender”, que segundo Senge (2008) significa testar continuamente nossa experiência e transformar essa experiência em conhecimento acessível a toda a organização, e pertinente no seu propósito central. Para MORIN (2002, p. 66) a missão primordial do ensino implica muito mais em aprender a religar do que aprender a separar o que, aliás, foi feito até o presente.

Angeloni (2003, p. 1) relata que:

[...] o ambiente organizacional exerce considerável influência nas atitudes e nas ações dos indivíduos nele inseridos. As variáveis que compõem esse ambiente precisam ser consideradas quando se pretende entender efetivamente o comportamento do indivíduo em face de suas atividades na organização. Assim, por exemplo, a forma como a aprendizagem ocorre, o grau de interação e compartilhamento do conhecimento entre os indivíduos, o desenvolvimento da criatividade e a inovação são todos os processos que refletem os valores da organização, ou seja, a forma como tais processos ocorrem está

diretamente relacionada aos valores inerentes ao ambiente organizacional.

Antes que uma instituição seja capaz de se tornar uma organização que aprende, é preciso que seja capaz de dominar a maneira como abordar a aprendizagem dentro da instituição, uma vez que o sucesso competitivo depende cada vez mais do aprendizado.

Atualmente, o conhecimento e sua busca estão sendo organizados em torno de áreas de aplicação, e não ao redor das áreas que são objetos das disciplinas. Para tanto, o trabalho interdisciplinar é fundamental para mobilizar diferentes profissionais a fim de comporem cenários de aprendizagem.

Refletindo acerca dessas e de outras proposições, em face das transformações profundas nas concepções sobre o processo de formação profissional do século XXI, apostando na construção de um programa interdisciplinar voltado ao idoso e objetivando aproximar os profissionais aos conceitos até o momento discutidos criamos, juntamente com a colaboração dos profissionais dos ambulatórios do grupo, o *Centro Interdisciplinar de Pesquisa e Ensino sobre o Envelhecimento – CIPEE*.

Sua criação teve como ponto inicial promover o desenvolvimento teórico de temas relacionados ao Envelhecimento e a Interdisciplinaridade na área da saúde dos idosos, visando ao aprimoramento e aproximação dos profissionais que estavam envolvidos no cuidado e tratamento dos pacientes do grupo, tanto em nível hospitalar quanto ambulatorial, oferecendo aos participantes ampla visão do processo do envelhecimento, suas particularidades, patologias mais incidentes criando subsídios para atividades de ensino, pesquisa, assistência e extensão.

A identificação do perfil dos idosos tornou-se uma importante medida

para oferecer meios à elaboração e implantação de programas destinados a esse grupo etário.

Os principais objetivos que foram traçados para o CIPEE:

1- Educacionais:

a. Realização de reuniões regulares entre seus membros para estudos de temas específicos de Geriatria e Gerontologia e/ou casos clínicos;

b. Promoção de palestras ordinárias com os mais diversos profissionais das áreas de saúde e correlatas que tragam contribuição ao estudo do envelhecimento;

c. Realização de intercâmbios departamentais nas áreas de saúde relacionados à Geriatria e a Gerontologia, por meio dos quais os membros estarão em contato com o modo pelo qual o paciente idoso é atendido e acompanhado pela equipe de saúde, afim de que se possa promover a integração das equipes multiprofissionais.

2 – Científicos:

a. Promoção de intercâmbios científicos com outros grupos de estudo e universidades, com sociedades ou serviços correlatos;

b. Incentivo e suporte à participação de seus membros em equipes de pesquisa que atuem especificamente na área da Geriatria, Gerontologia ou áreas correlatas, objetivando a iniciação ao método científico e à produção científica;

c. Realização de estudos epidemiológicos, visando a contribuir para a identificação de patologias predominantes em idosos;

d. Quando possível, promoção de simpósios de Geriatria e Gerontologia, sendo esses eventos abertos à comunidade;

e. Divulgar e disponibilizar o trabalho realizado pelo CIPEE para a Instituição e para a comunidade.

3. Assistenciais:

a. Participação em atividades de Promoção de Saúde para a Terceira Idade, através do seguimento sistemático dos grupos estudados e obtenção dos dados estatísticos para realização de trabalhos científicos;

b. Desenvolvimento de propostas para trabalhos na área de Responsabilidade Social voltadas à Terceira Idade.

Como proposta inicial do CIPEE, foi criado o primeiro Curso de Aperfeiçoamento em Geriatria e Gerontologia destinado aos profissionais do grupo, englobando as mais diversas especialidades: Medicina, Enfermagem, Sociologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Psicologia. Com duração de dez meses, somando um total de 160 horas, diversos temas foram apresentados em formato de aulas expositivas, seguidos de calorosas discussões entre os participantes (Quadro 8).

Quadro 8 - Temas do Curso de Aperfeiçoamento em Geriatria e Gerontologia

TEMAS DAS PALESTRAS	
Palestra de abertura: Comunicação e Saúde do Idoso	4 horas
Avaliação Crítica da Literatura: A busca da melhor evidência para tomada de decisões em Geriatria	8 horas
Alterações Morfológicas e Fisiológicas do Envelhecimento e Teorias do Envelhecimento	12 horas
Estatuto do Idoso / Responsabilidade Civil	16 horas
Epidemiologia e Farmacologia do Envelhecimento	20 horas
Aspectos antropológicos do envelhecimento	24 horas
Avaliação Geriátrica Global e Screening Laboratorial no Idoso	28 horas

Dor / Acupuntura	32 horas
Atendimento interdisciplinar / Iatrogenias	36 horas
Avaliação Nutricional do Indivíduo Idoso / Alterações na absorção de Alimentos	40 horas
Infecção nos Idosos	44 horas
Envelhecimento Feminino / Terapia de Reposição Hormonal	48 horas
Envelhecimento Masculino / Doenças Prostáticas / Andropausa	52 horas
Imobilidade / Instabilidade (Quedas)	56 horas
Doenças do Aparelho Digestório / Hepatopatias	60 horas
Envelhecimento Cardíaco / Insuficiência Cardíaca	64 horas
Hipertensão / Hipotensão Postural	68 horas
Dislipidemias / Infarto Agudo do Miocárdio	72 horas
Arritmias mais comuns no indivíduo idoso / Arteriopatias e Venopatias no Idoso	76 horas
Políticas Públicas de Saúde para o Envelhecimento	80 horas
Velhice na Família Contemporânea	84 horas
Envelhecimento Cerebral / Métodos Diagnósticos	88 horas
Síncopes / Transtornos Convulsivos / Tontura e Tinnitus	92 horas
Acidente Vascular Isquêmico e Hemorrágico / Ataque Isquêmico Transitório	96 horas
Síndromes Extra-Piramidais / Doença de Parkinson	100 horas
Características Gerais das Demências / Tratamento das Demências	104 horas
Institucionalização / Cuidadores de Idosos	108 horas
Enfermagem Gerontogeriatrica	112 horas
Negligência e Violência contra o Idoso	116 horas
Envelhecimento da Visão / Catarata / Glaucoma e Diminuição Acuidade Visual	120 horas
Doenças do Pulmão / DPOC / Pneumonias / Vacinação	124 horas
Neoplasias no Idoso / Emergências em Geriatria	128 horas
Obesidade / Diabetes / Tireoidopatias / Síndrome Metabólica	132 horas
Doenças Osteoarticulares / Osteoporose	136 horas
Atividade Física no Idoso / Avaliação de Condicionamento Físico	140 horas
Bioética / Aspectos Legais / Finitude e Eutanásia	144 horas
Envelhecer com Qualidade / Cuidados Paliativos	148 horas
Terapias Anti-Envelhecimento / Vitaminas / Antioxidantes / Homeopatia	152 horas

Longevidade e Educação Gerontológica	156 horas
Palição: Cuidados ao Fim da Vida e Luto	160 horas

A estrutura do curso integrou diferentes saberes onde se inseriram, num primeiro momento, as disciplinas de Geriatria e Gerontologia, cujos conteúdos permitiram um aprofundamento e desenvolvimento das competências para o cuidado ao paciente idoso.

Não se pretendeu que o curso fosse uma especialização, mas sim que pudesse contribuir para o aprimoramento das competências consideradas necessárias para o exercício das atividades profissionais qualificadas, compartilhando experiências e aproximando os diferentes grupos.

A proposta partiu da integração entre os diversos profissionais como forma de possibilitar o compartilhamento, respeitando as bases disciplinares específicas. Para a concretização do trabalho na modalidade interdisciplinar, foi necessário dominar alguns conceitos, tendo oportunidade para praticá-los no trabalho em equipe e desenvolver atitudes afirmativas de acolhimento do outro e dos outros.

3.6 Aprendizagem Multi e Interdisciplinar (AMI)

A participação numa proposta interativa pode ser vista como uma forma de romper com a dependência, a alienação e a passividade e, em vez disso, pertencer, compartilhar e agregar as pessoas, segundo um propósito comum. Sua efetivação exige liberdade para falar e ouvir. Exige, ainda, habilidade de compreensão e tolerância com as diferenças de pensamento e de ação individuais (MOTTA, 2001, p.1432).

Para a instituição apresentada, iniciamos o processo de reorientação do “modelo” assistencial tradicional estabelecendo conceitos necessários à introdução do pensamento interdisciplinar como forma de aprimorar competências (Quadro 9).

Quadro 9 – Práticas inovadoras com foco no desenvolvimento de pessoas

Prática	Aspectos Centrais
Cultura de Aprendizagem (CA)	Oferecer uma variedade de oportunidades a todos os trabalhadores de produzir conhecimento, aplicá-lo na realidade e difundi-lo entre seu pares.
Trabalho em Equipes (TEQ)	Alocar o pessoal de operação em equipes, de modo que possa ser garantido o trabalho colaborativo complementar.

Fonte: modificado de Araújo (2001), Bolden e colaboradores (1997), Peixoto (2004) e Gondim e colaboradores (2003).

Nossa principal preocupação foi fazer com que os membros da equipe compreendessem:

- A responsabilidade da equipe como grupo.
- O papel de cada membro no desempenho de suas responsabilidades dentro da equipe.
- Como as funções dos membros das equipes se interpõem.
- Os processos necessários ao trabalho em conjunto.
- O papel que desempenha a equipe no sistema geral da assistência.

Neste ponto, muitas resistências surgiram em função das dificuldades inerentes ao processo de mudança organizacional que pretendíamos trazer para discussão. Havia conflitos em vários níveis: tanto no nível pessoal, quanto no interpessoal e no grupal, sendo este representado por grupos ou coalizões rivais que passaram a se confrontar.

A postura assumida foi de mediador dos conflitos, pois para a resolução desse quadro conflitivo acreditávamos que as ações deveriam ser planejadas e executadas segundo um código de ética e de organização comum a todos os integrantes, sem que instalassem ou se impusessem comportamentos hierarquizantes.

Outro ponto crucial estava na percepção dos gestores sobre as mudanças e o conseqüente comprometimento da alta direção para que estas mudanças pudessem ser efetivadas o que repercutiu no escopo da mudança a ser alcançada.

Para Gondim *et al* (apud BORGES-ANDRADE *et al*, 2006, p.71) a premissa é de que a única maneira de lidar com as constantes mudanças ambientais é fazer com que a organização esteja em contínuo processo de aprendizagem. E nas palavras de Zarifian (2001), “o objetivo seria fazer com que a organização, em vez de ser apenas qualificada (conhecimento aprendido), tornasse-se qualificante (conhecimento continuamente produzido)”.

Com o objetivo de trazer para a discussão temas que englobassem o pensamento interdisciplinar propusemos a criação de um projeto de educação continuada voltado aos membros da equipe de saúde, enfatizando uma Cultura de Aprendizagem (Quadro 9). Chamamos de Aprendizagem Multi e Interdisciplinar (AMI).

A Aprendizagem Multi e Interdisciplinar (AMI) teve sua origem nas discussões trazidas pelo grupo do CIPEE e foi apresentada aos diferentes profissionais das equipes do hospital, durante reuniões sistematizadas de julho a dezembro de 2007. Tinham a finalidade que os profissionais conhecessem melhor as diversas maneiras de pensar, atuar e adquirir experiência do

trabalho coordenado em equipe, cientes de que cada participante tivesse uma função essencial a cumprir.

A AMI objetivava proporcionar a descoberta de maneiras para evitar ou resolver os conflitos que pudessem surgir no curso do trabalho em equipe. Suas vantagens foram enumeradas em:

- Desenvolver a capacidade da equipe para colaborar, compartilhando conhecimentos teóricos e práticos e, por conseguinte, capacitar para proporcionar uma atenção de saúde mais eficiente, tanto à pessoa idosa quanto para a comunidade.
- Capacitar seus membros a adquirirem a competência do trabalho em equipe necessária à solução dos problemas prioritários da saúde; contribuir para desenvolver o respeito e entendimento mútuo entre seus membros; contribuir para que o profissional de saúde de diferentes categorias avalie suas respectivas virtudes, limitações e modalidades de trabalho e suas diferentes maneiras de contribuir para a solução dos problemas de saúde individuais e comunitários.
- Contribuir para que planos de estudo não formem compartimentos estanques e evitando o surgimento de uma mentalidade corporativa, que é um fator de resistência à colaboração interprofissional, muito presente nos egos inflados dos profissionais da saúde, sobretudo na classe médica.
- Permitir a integração de novas técnicas e setores do conhecimento que tem papel a desempenhar na atenção à saúde como, por exemplo, a sociologia, a antropologia, as ciências da informação, a pesquisa e o ensino, etc.

- Ajudar os professores-mentores e profissionais de diferentes disciplinas a comunicarem-se mais facilmente entre si em função de um glossário comum;
- Gerar, estabelecer e promover novas funções, competências, responsabilidades em setores de interesse.
- Promover a investigação multiprofissional, com frequência em setores novos ou anteriormente descuidados, para conseguir que se considerem todos os aspectos pertinentes a um problema que possa estar afetando o paciente.
- Promover o entendimento e cooperação interdepartamental e interdisciplinar no senso das instituições responsáveis pelo cuidado ao paciente.
- Garantir coerência e evitar contradições e conflitos durante a elaboração dos planos de estudos para as diversas disciplinas.

A eficácia da equipe não se garante simplesmente formando os seus membros de maneira individual pelo domínio das técnicas de atenção comunitárias de saúde, mas sim, formando-os nos processos com que se dirige e supervisiona a equipe em sua totalidade e com que se abordam os problemas.

Esses processos foram caracterizados por:

- Uma capacidade da equipe em resolver problemas e agir com criatividade, inovação e flexibilidade diante das mudanças exigidas pelo meio, incorporando membros de diferentes profissões, representantes da comunidade e pacientes, onde todos têm conteúdos essenciais para promover o restabelecimento da saúde

individual ou comunitária do paciente.

- Uma consciência de identidade baseada no conhecimento e na percepção profunda do que é uma equipe, no que tem que fazer e no compromisso pessoal de cada membro na execução das metas comuns.
- Uma capacidade em descobrir, perceber com exatidão e interpretar corretamente as características do meio, que são de importância ao funcionamento útil da equipe.

Essas características tiveram consequências para o direcionamento das equipes e para a avaliação de seu rendimento e eficácia e, por conseguinte, para seu treinamento.

A justificativa da AMI surgiu do reconhecimento da limitação da prática profissional existente em um sistema de saúde, junto ao descobrimento de que há uma série de competências descuidadas que precisam ser dominadas.

A AMI depende dos mesmos princípios e processos educativos básicos aplicáveis a qualquer plano de estudo para profissionais de saúde e, em especial, ao “aprendizado pela prática”. Em seu escopo, suas atividades de aprendizagem deveriam:

- Basear-se em uma declaração explícita dos conhecimentos profissionais teóricos e práticos e de comunicação que se esperam dos diferentes membros da equipe e que se derivam dos objetivos didáticos.
- Formar, conjuntamente com os profissionais, um elo relativo ao diagnóstico e a solução dos problemas prioritários de saúde do idoso, concentrando-se naqueles que afetam os pacientes e cuja solução depende de medidas interdisciplinares e intersetoriais.

- Estar relacionadas com as necessidades das pessoas em sua totalidade, tal como se vê cada membro da equipe desde o ponto de vista de sua própria profissão.
- Fomentar as atitudes para a colaboração na solução de problemas, definição dos problemas, inclusive as barreiras estruturais para promover a atenção à saúde do idoso e a proposta de soluções conjuntas.
- Promover o “aprender a aprender”, assim como, a capacidade para enfrentar as dúvidas, com a finalidade de alcançar a auto-responsabilidade na formação, assim como, a disposição e capacidade para utilizar o apoio dos colegas.
- Permitir a avaliação correta das competências especiais que os profissionais devem adquirir mediante a Aprendizagem Multi e Interdisciplinar.

3.7 Dinâmica da aprendizagem

Ao avaliarmos os diferentes profissionais de saúde que compunham o hospital concluímos que a grande maioria tinha distintas maneiras de pensar. A grande maioria sequer havia participado de programas de Aprendizagem Multi e Interdisciplinar (AMI) durante seu período de formação básica, muito menos receberam noções sobre o que é interdisciplinaridade.

Isto nos fez acreditar que para que a atenção à saúde da pessoa idosa fosse eficaz, todos estes profissionais deveriam estar em condições para trabalhar em grupo e conhecer seu papel singular, bem como, sua contribuição

potencial como membro da equipe.

Ressalto aqui a necessidade de ampliar o conceito de equipe multi e interdisciplinar, não se restringindo o grupo apenas às profissões ditas acadêmicas, acreditando que a abrangência que se dispensa para o cuidado ao paciente idoso, ou a qualquer outro paciente, implica em uma variável de pessoas envolvidas neste cuidado. Hierarquizar o serviço de saúde de maneira excludente resultará em perdas ao trabalho proposto, que prima ao contrário, pela convergência de saberes.

A formação para o exercício de sua própria profissão, por si só, não prepara adequadamente os membros das diferentes profissões da saúde a aplicar diferentes conhecimentos teóricos e práticos. Menos ainda quando se deseja montar uma estrutura hospitalar que contemple ramos da Medicina ainda “em desenvolvimento” em nosso país, que são a Geriatria e a Gerontologia.

A descrição explícita de todas as tarefas de uma equipe de atenção à saúde da pessoa idosa ajuda a definir o perfil profissional das distintas categorias de saúde. Um perfil descreve tanto as funções gerais, quanto as atividades e tarefas específicas que se esperam dos diferentes tipos de profissionais de saúde. As funções gerais são mais ou menos as mesmas na maior parte dos casos. Em contrapartida, durante a divisão do trabalho, é preciso que se conheçam as especificidades das disciplinas, reconhecendo os papéis a serem desempenhados por cada membro.

Para que se possa estruturar um hospital geriátrico e gerontológico é preciso que os profissionais que estão envolvidos, tanto nos cuidados especializados quanto os cuidados informais, estejam capacitados para atuar

na área da saúde do idoso, possibilitando uma reflexão-ação sobre o processo do envelhecimento, bem como, do trabalho em equipe.

São relativamente poucos os centros de formação de pessoal de saúde que têm definido com êxito os perfis dos profissionais como requisito prévio para a elaboração dos planos de estudos. Para isso, é necessário um consenso com os administradores dos serviços de saúde, corpo docente (aqui, representado pelos mentores), educadores, equipe de saúde, usuários de atenção à saúde, sindicatos, a partir da análise dos dados epidemiológicos, de previsão sobre os recursos de pessoal de saúde, das pesquisas sociológicas, dos estudos sobre o trabalho e outras fontes de dados pertinentes.

Klein (2005, p.110) relata que “depois de examinar os contextos histórico e curricular, considera que quatro questões formam a base para uma teoria do ensino interdisciplinar: pedagogia apropriada, processo integrador, mudança institucional e relação entre disciplinaridade e interdisciplinaridade”. E completa que:

[...] a “prova de fogo” da instrução interdisciplinar é a integração. Em cursos multidisciplinares, perspectivas individuais são apresentadas em série, de forma enciclopédica, deixando as diferenças não examinadas em pressuposições subjacentes e a integração por conta dos alunos. Nos cursos “interdisciplinares”, as pressuposições subjacentes de diferentes materiais e abordagens são examinadas e comparadas de maneira a conseguir uma síntese integrada das partes que propiciam um entendimento mais amplo e mais holístico. (KLEIN, J.T. Ensino Interdisciplinar: didática e teoria. In. Didática e Interdisciplinaridade. Ivani C. A. Fazenda (org.). – Campinas, SP: Papirus, 1998. p. 120).

No caso da AMI deve-se prestar especial atenção aos perfis das equipes e dos diferentes elementos que determinam a capacidade para trabalhar de maneira construtiva em equipe.

A elaboração de perfis profissionais como base para estabelecimento do

plano de estudo é um exercício esclarecedor, embora, requeira muito tempo e investimentos. Isso fez com que instituições de saúde que não incorporaram o paradigma moderno da administração, não estão suficientemente convencidas de seu valor, ficando receosas em investir tempo e em recursos humanos necessários.

A avaliação das competências necessárias para trabalhar em equipe multi e interdisciplinar é uma questão prioritária tanto no planejamento docente quanto para o planejamento estratégico do hospital envolvido, pois os tipos de instrumentos utilizados para examinar estas competências têm uma influência marcante sobre o que aprendem os treinandos que compõem a equipe de saúde.

Este princípio se aplica tanto na aquisição de competências para o trabalho em equipe como a qualquer outra classe de aprendizagem. O controle da qualidade é indispensável e deve definir-se em relação aos fins de uma formação centrada na trabalho em equipe.

A AMI engloba atividades de ensino e aprendizagem e professores-mentores de diferentes disciplinas relacionadas com a saúde do idoso e o desenvolvimento de mecanismos de estímulos à integração. O mesmo grupo de profissionais elaborará os instrumentos para medir a competência dos treinandos. Não será necessário que todos os mentores façam parte da avaliação.

A equipe de avaliação deve conter alguns dos agentes de saúde que englobam o campo de atuação e aqueles que participam das atividades de ensino e aprendizagem. São diferentes profissionais da saúde que precisam de um tempo de formação para aprender os elementos básicos que compõem sua

própria disciplina e adquirir sua própria identidade profissional antes de terem condições de compartilhar seus conhecimentos assegurando, assim, que não se entrincheirem no papel profissional convencional.

A investigação em matéria da AMI e a avaliação dos seus efeitos sobre o posterior exercício profissional e a qualidade de atenção à saúde se vêem dificultados em virtude da situação marginal em que se encontra este tipo de aprendizagem.

Para que a AMI alcance seus objetivos é preciso, inicialmente, que os membros da equipe de saúde possam ter acesso aos conhecimentos necessários para se entender a dinâmica interdisciplinar, compreendendo a dimensão e o valor do trabalho em equipe, tendo claramente definidos seus objetivos, funções e tarefas.

É preciso que todos os membros da equipe estejam em pé de igualdade e que nenhum membro seja mais importante que o outro, havendo respeito mútuo, apoiando uma estrutura simples de organização com níveis claramente definidos de tomada de decisão e tarefas em apoio à atenção primária em saúde.

Isso só poderá ser obtido caso haja disposição por parte das políticas administrativas das Unidades de Saúde, tanto em nível de saúde pública como privada através de recursos proporcionais à sua importância e mecanismos de retroinformação, reconhecendo este processo como algo transformador para o cuidado ao paciente idoso, bem como, na qualidade das relações entre os colaboradores.

Outro ponto importante está em reconhecer as necessidades dos pacientes que se irá prestar o serviço pontuando seus problemas para a

adoção das medidas requeridas de desenvolvimento, promovendo envolvimento das equipes com a comunidade, dispondo de meios que possam informar acerca de sua situação sanitária.

O papel desempenhado pelos mentores será uma condição indispensável para o êxito da AMI. Sua atuação se dará a longo prazo, através da proposta de interação entre os sistemas de saúde e de educação, o qual irá contribuir para que os treinandos em saúde respondam às necessidades do sistema, ajudando-os a formar uma rede de comunicação, onde a informação será compartilhada com os demais membros do grupo.

A interação intersetorial é um dos principais componentes da atenção à saúde e tem especial interesse para a AMI. As equipes de saúde que irão compor o hospital geriátrico e gerontológico, em muitas ocasiões, poderão conseguir o apoio ou a participação de setores alheios aos de saúde e, ao mesmo tempo, colaborar com outros setores que desenvolvem atividades relacionadas com a saúde.

A experiência indica que para obter os melhores resultados, a Aprendizagem Multi e Interdisciplinar tem que introduzir rapidamente programas docentes básicos desde a graduação, continuar ao longo dos programas de estudo em pós-graduação, aperfeiçoamento e educação continuada.

Finalmente, outros pontos que deverão ser levados em consideração para o êxito da AMI estão no fato de que os membros das equipes necessitam ser remunerados adequadamente, ter apoio de um serviço de educação continuada, dispor de meios como assessoramento e supervisão de apoio, para resolver ou minimizar as dificuldades interpessoais que possam dificultar o

funcionamento harmônico do grupo e ter a supervisão de um mentor (*mentoring*) que possa dizer ao seu treinando ou ao grupo o que deu errado, ou quais aptidões deverão ser desenvolvidas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Felicidade é um viver como aprendiz. É retirar de cada fase da vida uma experiência significativa para o alcance de nossos ideais. É basear-se na simplicidade do caráter ao executar problemas complexos; ser catarse permanente de doação sincera e espontânea.

(Koch e Travaglia, 1990, p. 36)

Richard Beckhard, um dos fundadores da disciplina do desenvolvimento organizacional, costumava dizer: “Alguém sozinho que tente mudar uma organização será liquidado; não importa a posição que ocupe. Duas pessoas podem consolar-se. Três talvez se convertam em conspiração total” (SENGE, 2009, p. 151). Defender sozinho a mudança da organização é extremamente difícil, por mais que o agente seja importante e influente.

O ponto de partida para a tentativa da mudança foi a busca de pessoas com opiniões semelhantes dentro do grupo e que compartilhassem as mesmas preocupações e quisessem defender as mudanças. No entanto, os bloqueios que se instalaram entre os indivíduos foram, sem dúvida, a forma mais manifesta e mais ameaçadora de nossas relações.

Para que pudéssemos ter equipes interdisciplinares bem sucedidas precisávamos de um engajamento por parte de seus integrantes por meio de uma comunicação aberta em uma atmosfera onde os problemas fossem solucionados por consenso.

Os principais pontos que contribuíram para dificultar a implantação de

equipes interdisciplinares no hospital foram:

- Socialização: resistência e oposição por parte da equipe de saúde que assumiram atitudes individualistas.
- Falta de apoio financeiro e ausência do conceito de interdisciplinaridade na estratégia de gestão.
- Dificuldade em estabelecer padrões de comunicação que contemplassem um alinhamento de linguagem, em função de formações acadêmicas diversas.
- Incapacidade para lidar com mudanças, surgindo entre os membros do grupo disputas de poder e posição pela prevalência de uma visão de mundo particular.
- Falta de fé na empresa ou na sua finalidade em virtude de uma transição administrativa que se encontrava em implantação, criando uma atmosfera negativa desfavorável.
- Política de carreira insuficiente levando a desmotivação.
- Dificuldade em estabelecer uma política de custos para a implantação dos treinamentos das equipes e que pudesse satisfazer a alta direção.

Na contramão das considerações expostas destacamos que para que se obtenha sucesso, uma equipe bem sucedida deverá ter seus membros engajados usando a comunicação aberta em uma atmosfera onde problemas deverão ser solucionados por consenso. Suas principais características são:

- Conhecimento compartilhado
- Atitude inclusiva
- Corresponsabilidade e proatividade entre os membros do grupo

- Apoio da alta direção e planejamento de recursos
- Flexibilidade entre os componentes do grupo
- Distribuição clara dos papéis de acordo com as competências.

Ao longo deste estudo, verificou-se que é necessária uma mudança de atitude institucional para que a interdisciplinaridade possa empreender resultados. Se não houver vontade administrativa para investir na criação de equipes interdisciplinares, isso ficará em segundo plano, como constatamos no estudo apresentado.

Na área da saúde, a interdisciplinaridade permite a compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença. A construção da interdisciplinaridade ultrapassa a renovação da estratégia educativa e busca sua atuação na experiência diária dentro do hospital geriátrico e gerontológico.

A investigação salienta que a interdisciplinaridade pode proporcionar uma interação participativa e ser a construtora de um eixo comum a um grupo de saberes, apresentando objetivos múltiplos, com horizontalização das relações de poder e coordenação.

A transformação estrutural gera reciprocidade, identificação de problemática comum, num trabalho conjunto, colocando os princípios e conceitos básicos dos campos originais em um esforço de decodificação em linguagem mais acessível e de tradução de sua significação para o senso comum, incorporando o interesse na aplicabilidade do conhecimento produzido. Portanto, há uma recombinação dos elementos, o que permite com o tempo a criação de campos de novos saberes teóricos e práticos.

O desafio interdisciplinar na área de saúde, em especial no tratamento da pessoa idosa, baseia-se no diálogo e na interação das disciplinas,

possibilitando a formação de equipes que interagem, onde o diálogo interdisciplinar enriquece todas as disciplinas em nível metodológico e epistemológico. Nesse contexto, deve haver a ligação entre o conhecimento científico e a complexidade do mundo vivido, superando a dicotomia entre o conhecimento teórico e o prático.

Na implementação das práticas interdisciplinares, em hospital geriátrico e gerontológico, incluem-se: a flexibilidade das atuações profissionais; o incentivo para a ampliação das práticas na formação básica dos profissionais, nos cursos de graduação e pós-graduação, buscando uma nova profissionalização, capaz de enfrentar os desafios conceituais e práticos dos campos transdisciplinares.

Incluem-se, ainda, nesse âmbito, a integração do ensino-pesquisa-extensão, a transformação da hierarquia institucional para uma estrutura democrática e horizontal e a possibilidade de análise e ruptura das defesas corporativas, permitindo o compartilhamento de conhecimentos e o aprendizado, além da reconstrução das bases profissionais. Deve-se destacar, ainda, a participação ativa dos usuários e familiares nos projetos assistências e de pesquisa, possibilitando a compreensão da complexidade de suas realidades, demandas e sua avaliação na prática gerontológica.

Durante essa pesquisa, percebeu-se que o envelhecimento é uma conquista e faz parte do processo vital dos indivíduos. Também se configura em fenômeno biológico, social, ambiental e psicológico, sendo tema para diversificados estudos. A qualidade de vida no processo de envelhecimento humano, infelizmente, ainda é um privilégio, quando deveria ser um direito.

A mudança de atitude é a tônica norteadora da prática hospitalar e da

formação dos profissionais aptos a descartarem a tradicional gestão hospitalar que vê o idoso somente por meio das patologias inerentes ao envelhecimento. Esses “novos profissionais” têm a visão totalizadora das questões intrínsecas ao envelhecimento e compactuam entre si para a resolução dos problemas específicos de sua clientela.

A noção de trabalho em equipe interdisciplinar, apesar de preconizada em diversas instâncias, enfrenta restrições, desde a formação dos alunos da área de saúde até a defesa das carreiras de sua legitimidade, passando pelas relações trabalhistas. Mais do que um espaço de aquisição de conhecimentos e de técnicas, a formação do profissional de saúde para o cuidado à pessoa idosa se configura como o momento para a socialização e dignificação da imagem social do profissional.

Esta formação se estabelece por meio de um trabalho reflexivo e crítico sobre as práticas de uma identidade pessoal ligada à formulação de projetos de vida-trabalho e suas possibilidades interdisciplinares, bem como, das experiências de vida.

A atuação de equipes interdisciplinares na área de saúde do idoso deverá ser mediada pela interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, viabilizando elementos essenciais para a elevação da qualidade do atendimento: autonomia e criatividade.

Contudo, a equipe multiprofissional, em ambiente hospitalar, deve construir sua ação sob a égide de um projeto comum, onde as competências de cada profissional se complementam e se auxiliam mutuamente. Destaca-se que a interação envolve os diversos profissionais em saúde (médicos,

enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas entre outros) e até a própria clientela idosa, assim como os seus familiares e/ou cuidadores. E mais recentemente, compondo a gama de profissionais que prestam serviço à pessoa idosa, foi criado em 2005 o primeiro curso de graduação em Gerontologia do Brasil, em nível de bacharelado, na Escola de Artes, Ciências e humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP).

Essa nova postura profissional, sustentada pela atuação em equipes interdisciplinares, compreende o processo do envelhecimento humano na sua totalidade. Fatores ligados à ação social da Gerontologia, à sugestão de propostas para o enfrentamento da questão do idoso no país (envolvendo aspectos éticos e solidários) e, à realização de pesquisas que subsidiem a formulação de ações interdisciplinares estão intimamente atrelados e essa visão inovadora do atendimento ao idoso, estando mais interessadas na prevenção ao males que atingem aos idosos do que nos tratamentos curativos desumanizados, empregados pelos métodos tradicionais de atendimento de pacientes.

Repete-se a afirmação de que equipes bem integradas dispõem de relações de autoridade entre os profissionais e o grau de autonomia dos seus membros variáveis de acordo com a natureza da cada processo específico de trabalho. Dessa forma, a organização do trabalho em equipes interdisciplinares apresenta, de certo modo, “hierarquia”, mas a formas criativas e participativas tornam-se fundamentais na estruturação deste tipo de trabalho hospitalar.

Enfatiza-se que este estudo reconhece as dificuldades existentes na formação e no aperfeiçoamento de recursos humanos especializados na área de saúde na população idosa. Também é alvo de preocupação dessa

investigação o aprimoramento e atualização contínua dos profissionais que vivenciam a rotina de um hospital geriátrico e que experimentam diariamente os desafios desta área de atuação.

Nesse sentido, ao final da análise, reconheço que o desafio para (re)ligar ofícios teve que enfrentar grandes resistências por parte de diferentes seguimentos. Os entraves significativos que existiram para que o trabalho pudesse ser efetivamente implantado no hospital pode comprovar que existem forças poderosas que regem a realidade sobre a qual agimos.

Comprovamos, por meio da experiência vivida, que ainda permanece na equipe certa inércia na identificação das atribuições dos seus membros. Embora ávidos por uma mudança, ocultam-se atrás de suas especialidades, arraigados a uma cultura organizacional anterior baseada no isolamento dos saberes.

A verdadeira mudança dentro da instituição não poderá ser vista apenas como elemento do sistema técnico de gestão. Como todas as ações gerenciais e técnicas, estas possuem uma intrínseca relação com o comportamento humano no contexto de trabalho e são, portanto, práticas sociais que configuram a própria organização. Nesse sentido, é fundamental que o desejo pela mudança, tanto por parte das equipes quanto alta direção, tenha objetivos claros o suficiente para mobilizar a todos nas inovações que se fazem necessárias.

É preciso enxergar velhas paisagens com um novo olhar. Descobrir o desconhecido dentro do desconhecido, surpreender-se e abrir novos caminhos. Desarmar-se de antigos preconceitos e criar, enfim, o desejo de mudar.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, N. F. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. In: VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. *Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.11, n.4, Ago. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400016&lng=em&nrm=isso> Acesso 20 de maio de 2008.

ANGELONI, M. T. *Organizações do conhecimento: infraestrutura, pessoas e tecnologias*. São Paulo: Saraiva, 2003.

BASS, S. A.; FERRARO, K. F. *Gerontology education in transition: considering disciplinary and paradigmatic evolution*. Gerontologist, v. 40, n. 1, p. 97-106, 2000.

BATISTA, S. H. S. *A interdisciplinaridade no ensino médico*. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v.30, n.1, jan/abr, p. 39-46, 2006.

BELLODI, P. L. *Tutoria: mentoring na formação médica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

BONATO, V. L. *Programa de qualidade em hospitais no município de São Paulo*. Tese de Doutorado. S.P: Faculdade de Saúde Pública, USP, 2003. 158p.

BORBA, V. R. *Administração hospitalar: princípios básicos*. São Paulo: CEDAS, 3ª ed., 1991.

BRANDÃO, V. T. *Construção do Saber Gerontológico. Reflexões Interdisciplinares*. (paper não publicado), 2008.

BRITO, F. C.; RAMOS, L. R. Serviços de Atenção à Saúde do Idoso. In: NETTO, M. P. *Tratado de Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 2ª ed., revisada e ampliada, pp. 671-681, 2007.

CAMACHO, A. C. L. F. *A Gerontologia e a Interdisciplinaridade: Aspectos Relevantes para a Enfermagem*. Rev. Latino-Am. de Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, v. 10, n. 2, mar/abr, pp. 229-233, 2002.

CARVALHO, E. T. F. *Geriatría não faz milagres*. Revista Brasileira de Clínica Terapêutica. São Paulo, ano XIII, pp. 28-32, 1984.

CHIAVENATO, I. *Introdução à Teoria Geral da Administração. Teoria dos Sistemas*. Rio de Janeiro: Campus, 2ª ed., revisada e atualizada, pp. 354-380, 2000.

COELHO FILHO, J. M. *Modelos de serviços hospitalares para idosos*. Revista de Saúde Pública, v.34, n.6, pp. 666-671, 2000.

CQH. *Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar – Manual de Orientação aos Hospitais Participante*. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Editora Atheneu, 3ª ed., 2001.

CUTOLO, L. R. A. Bases Epistemológicas da Interdisciplinaridade. In: SAÚPE, R.; WENDHAUSEN, A. L. P. *Interdisciplinaridade e Saúde*. Itajaí, 1ª ed., pp. 17-26, 2007.

DRUCKER, P. F. Desafios gerenciais para o século XXI. In: GONÇALVES, E. L. *Gestão Hospitalar: Administrando o Hospital Moderno*. São Paulo: Saraiva, 1ª ed., p. 42, 2006.

_____. *O melhor de Peter Drucker: obra completa*. Tradução Maria L. Leite Roas, Arlete Simille Marques e Edite Sciulli. São Paulo: Nobel, 2002.

FAZENDA, I. C. A. (Org.). *Dicionário em construção: interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2ª ed., 2002.

_____. *Didática e Interdisciplinaridade*. Campinas, SP: Papyrus, 10ª ed., 2005.

_____. *Interdisciplinaridade: História, Teoria e Pesquisa*. Campinas, S.P: Papyrus Editora, 12ª ed., 2005.

FERRIOTI, M. L. *A questão da interdisciplinaridade na saúde*. Revista de Ciências Médicas, v. 4, n. 3, pp. 130-132, PUCCAMP, 1995.

FILHO, W. J.; SITTA, M. C. Interprofissionalidade. In: NETTO, M. P. *Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu, p. 440-450, 1996.

FONTE, I. B. *Diretrizes Internacionais para o Envelhecimento e suas Consequências no Conceito de Velhice*. Trabalho apresentado no XII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Ouro Preto, M.G: 4 a 8 de novembro de 2002.

GALVÃO, C. R.; FEDERIGHI, W. J. P. *O Hospital e o Administrador Hospitalar: um breve resgate histórico*. O Mundo da Saúde, v.26, n.2, abr./jun, p. 209-215, 2002.

GONDIM, S. M. G.; BASTOS, A. V. B.; BORGES-ANDRADE, J. E.; MELO, L. C. T. Práticas inovadoras em gestão de produção e de pessoas e TD&E. In: BORGES-ANDRADE, J. E.; ABBAD, G. S.; MOURÃO, L. *et al. Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações de trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas*. Porto Alegre: Artmed, pp.65-84, 2006.

HOUSEL, D. J. *Equipes: gerenciando para o sucesso*. Tradução Marília de Moura Zanella. São Paulo: Cengage Learning, pp. 85-86, 2008.

IRIBARRY, I. N. O diagnóstico transdisciplinar como dispositivo para o trabalho de inclusão. In: BATISTA, C. R.; BOSA, C. (orgs.). *Autismo e educação: reflexão e proposta de intervenção*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KALACHE, A.; KICKBUSCH, I. "A global strategy for healthy ageing". World Health. (4) jul/ago, 4-5. (1997). In: OMS. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde/World Health Organization*; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, p. 14, 2005.

KLEIN, J. T. Ensino Interdisciplinar: didática e teoria. In: FAZENDA, I. C. A. (org.). *Didática e Interdisciplinaridade*. Campinas, SP: Papirus, p. 109-132, 1998.

LIRA, A. *As Portas da Percepção*. Disponível em <<http://www.rabisco.com.br/19/pontomutacao.htm>> Acesso em 20 de novembro de 2007.

MALAGÓN-LONDOÑO, G. Generalidades sobre Administração Hospitalar. In: MALAGÓN-LONDOÑO, G.; MORERA, R. G.; LAVERDE, G. P. *Administração Hospitalar*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2ª ed., p. 4-8, 2000.

_____. O Universo do Hospital. In: MALAGÓN-LONDOÑO, G.; MORERA, R. G.; LAVERDE, G. P. *Administração Hospitalar*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2ª ed., p. 9-12, 2000.

MARCHIORI, M. R. *Comunicação é cultura. Cultura é comunicação*. Disponível em <http://www.portal-rp.com.br/bibliotecavirtual/culturaorganizacional/0067.htm> Originalmente publicado na revista Comunicação Empresarial, São Paulo, n. 31, segundo trimestre 1999. Acesso dia 09 de julho de 2009.

MARTINS, J. “*Não somos cronos, somos kairós*”. *Kairós — Gerontologia*, ano 1, n. 1, 1998.

MARTINS DE SÁ, J. L. A formação de recursos humanos em Gerontologia: fundamentos epistemológicos e conceituais. In: FREITAS, E. V.; Py, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. (orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1473-1479, 2006.

MEDEIROS, S. A. R. *Como pensar a vida*. Serviço Social & Sociedade. São Paulo, v. 24, n. 75 esp., jan., p. 187-190, 2003.

MERCADANTE, E. F. *A Construção da Identidade e da Subjetividade do Idoso*. Tese de Doutorado em Ciências Sociais. PUC/São Paulo, 1997.

MILLS, C. W. Do Artesanato Intelectual. In: *A Imaginação Sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 6ª ed., p. 211-243, 1982.

MINTZBERG, H. *Mintzberg on Management: Inside our Strange World of Organizations*. The Free Press, New York, 1989.

MORIN, E. *Religação dos Saberes – o desafio do século XXI*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2ª ed.; 2002.

_____. *Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios* / Maria da Conceição Almeida, Edgar de Assis Carvalho (orgs.). São Paulo: Cortez, 2002.

MOTTA, L. B. *Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso: um modelo de programa adequado às especificidades do envelhecimento*. Rio de Janeiro: CRDE UnATI UERJ, 2005.

MOTTA, P. R. Desempenho em Equipe de Saúde. In: FREITAS, E. V.; Py, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. (orgs). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p. 1432, 2006.

NETTO, M. P.; YUASO, D. R.; NUNES, M. I. Multidimensionalidade em Gerontologia I: importância e aplicações. In: NETTO, M. P. *Tratado de Gerontologia*, São Paulo: Atheneu, 2ª ed., pp. 121-132, 2007,

NETTO, M. P.; YUASO, D. R. Interdisciplinaridade em Gerontologia: Aspectos Conceituais e Objetivos. In: NETTO, M. P. *Tratado de Gerontologia*, São Paulo: Atheneu, 2ª ed., pp. 149-162, 2007.

NETTO, M. P. *Processo de envelhecimento e longevidade*. Tratado de Gerontologia, 2ª ed., rev. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu, p.3-14, 2007.

NICOLESCU, B. *Manifeste sur la transdisciplinarité*. Bulletin Interactif du CIRET (Centre Intional de Recherches et Etudes Transdisciplinaires), n. 10, pp. 34-40, 1999.

OMS. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde/World Health Organization*. Tradução Suzana Gontijo, Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

OPAS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promoción de la salud: una antología*. Washington, DC: OPS, 1996.

PASCHOAL, S. M. P.; SALLES, R. F. N.; FRANCO, R. P. Epidemiologia do Envelhecimento. In: FILHO, E. T. C.; NETTO, M. P.; *Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Editora Atheneu, 2ª ed., p. 19-34, 2005.

PEREIRA, M. F. A Gestão Organizacional em busca do comportamento holístico. In: ANGELONI, M. T. (coordenadora). *Organizações do conhecimento: infra-estrutura, pessoas e tecnologias*. São Paulo: Editora Saraiva, p. 2-28, 2003.

PERINI, E.; PAIXÃO, H. H.; MODENA, C. M.; RODRIGUES, R. N. *O Indivíduo e o Coletivo: alguns desafios da epidemiologia e da Medicina Social*. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.5. n.8, pp. 101-118, 2001.

SATIN, D.G. The interdisciplinary, integrated approach to professional practice with aged. In NETTO, M. P. *Tratado de Gerontologia*, São Paulo: Atheneu, 2ª ed., p.152, 2007.

SAUPE, R.; CUTOLO, L. R. A.; WENDHAUSEN, A. L. P.; BENITO, G. A. V. Competências dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. In: SAUPE, R.; WENDHAUSEN, A. L. P. (organizadores). *Interdisciplinaridade e Saúde*. Itajaí: Univale Editora, pp. 65-81, 2007.

SCHOUERI JUNIOR, R.; RAMOS, L. R.; NETTO, M. P. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. In: CARVALHO FILHO, E. T.; NETTO, M. P. *Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Editora Atheneu, p. 9, 2000.

SENGE, P. M. *A quinta disciplina: a arte e prática da organização que aprende*. Tradução OP Traduções; consultoria Zumble Aprendizagem Organizacional. Rio de Janeiro: Editora Best Seller, 23ª ed., 2008.

_____. O novo trabalho do líder: construindo organizações que aprendem. In: STARKEY, K. (org.). *Como as organizações aprendem*. São Paulo: Futura, 1997.

_____. *A Revolução Decisiva: como indivíduos e organizações trabalham em parceria para criar um mundo sustentável*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SERRANO, A. Í. Desafios e limites da interdisciplinaridade. In: SAÚPE, R.; WENDHAUSEN, A. L. P. *Interdisciplinaridade e Saúde*. Itajaí: Univale Editora, p.27-45, 2007.

TAJRA, S. F. *Gestão estratégica na saúde: Reflexões e práticas para uma administração voltadas para a excelência*. São Paulo: Iátria, 1ª ed., 2006.

TEIXEIRA, J. M. C.; FERNANDES, A. M. S.; BONATO, V. L.; FERNANDES, J. A. Planejamento estratégico e operacional em saúde. In: GONÇAVES, E. L. *Gestão Hospitalar: Administrando o Hospital Moderno*. São Paulo: Saraiva, pp. 37-57, 2006.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: OPAS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promoción de la salud: una antología*. Washington, DC: OPS, p. 37-44, 1996.

VILELA, E. M., MENDES, I. J. M. *Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico*. Revista Latino Americana de Enfermagem, v.11, n.4, pp. 523-531, 2003.

WENDHAUSEN, Á. L. P.; SAUPE, R. *Interdisciplinaridade e Saúde*. Itajaí: Univale Editora, p.117-140, 2007.

WIECHA, J; POLLARD, T. *The Interdisciplinary eHealth Team: Chronic Care for the Future*. J Med Internet Res 2004;6(3);e22 Disponível em: <<http://www.jmir.org/2004/3/e22/>> pesquisado no dia 09 de julho de 2009.

ZARIFIAN, P. *Objetivo competência. Por uma nova lógica*. São Paulo: Atlas, 2001.

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](#)