



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Matos, Eliane; Pires de Pires, Denise Elvira
PRÁTICAS DE CUIDADO NA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR: UM CAMINHO PROMISSOR
Texto & Contexto Enfermagem, vol. 18, núm. 2, abril-junio, 2009, pp. 338-346
Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71411706018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

PRÁTICAS DE CUIDADO NA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR: UM CAMINHO PROMISSOR¹

Eliane Matos², Denise Elvira Pires de Pires³

¹ Parte da tese "A contribuição da prática interdisciplinar para a construção de novas formas de organização do trabalho em saúde", apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), 2006.

² Doutora em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário da UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: elianematos@hotmail.com

³ Doutora em Ciências Sociais. Professor Associado do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Orientadora da tese. Santa Catarina, Brasil. E-mail: piresdp@yahoo.com

RESUMO: Estudo exploratório descritivo, de natureza qualitativa, apoiado no materialismo histórico dialético e na perspectiva da complexidade. Foi desenvolvido com profissionais e usuários de duas equipes interdisciplinares de saúde em dois hospitais do Sul do Brasil, tendo como objetivo conhecer, na organização do trabalho das equipes, as experiências que potencializam os cuidados de saúde na perspectiva da integralidade e do agir interdisciplinar. Utilizou-se a triangulação na coleta e análise dos dados obtidos por entrevistas, estudo documental e observação sistemática entre agosto de 2005 a maio de 2006. A análise de conteúdo orientou a organização dos dados. Os resultados mostraram que práticas de planejamento coletivo, de reuniões sistemáticas de equipe e com familiares/usuários contribuem para a integralidade do cuidado em saúde, para a educação permanente e para a satisfação no trabalho. Conclui-se que a perspectiva interdisciplinar em saúde é um caminho promissor para melhoria da qualidade do cuidar em saúde.

DESCRIPTORES: Equipe de assistência ao paciente. Serviços de saúde. Assistência integral à saúde.

INTERDISCIPLINARY CARE PRACTICES: A PROMISING WAY

ABSTRACT: This is a qualitative, descriptive, exploratory study based on historical dialectic materialism from a complexity perspective. It was developed with professionals and users from two interdisciplinary health care teams in two hospitals in southern Brazil. The objective of this study was to better understand the experiences which call for potential health care from the perspective of integrality and from interdisciplinary action, through reviewing the teams' work organization(s). The data, collected through interviews, documentary study, and systematic observation from August of 2005 to May of 2006 within the reality of the services under study, was analyzed through triangulation method. Content analysis then oriented data organization. The results demonstrate that collective planning practices, systematic meetings among the team, the family members, and the users contribute to better results in the sense of integrality of health care, towards the permanent education of these teams and towards work satisfaction. We conclude that the interdisciplinary perspective in health care is a promising path for improvements in the quality of health care.

DESCRIPTORS: Patient care team. Health services. Comprehensive health care.

PRÁCTICAS DE CUIDADO DESDE LA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINARIA: UN CAMINO PROMISOR

RESUMEN: Estudio exploratorio descriptivo, de naturaleza cualitativa, basado en el materialismo histórico dialéctico, y desde la perspectiva de la complejidad. El estudio fue desarrollado con profesionales y usuarios de dos equipos interdisciplinarios de salud, en dos hospitales del sur del Brasil. Su objetivo fue conocer, en la organización del trabajo de los equipos, las experiencias que consideran los cuidados de salud desde la perspectiva de la integralidad y del actuar interdisciplinario. Se utilizó la triangulación en la recolección y análisis de los datos, los cuales fueron obtenidos a través de entrevistas, del estudio documental y de la observación sistemática realizada de agosto de 2005 a mayo de 2006. El análisis de contenido orientó la organización de los datos. Los resultados muestran que las prácticas de planificación colectiva, las reuniones sistemáticas con el equipo, con los familiares y los usuarios, contribuyen para obtener mejores resultados en el sentido de la integralidad del cuidado en salud, así como para la educación permanente de los equipos y para la satisfacción en el trabajo. Se concluye que la perspectiva interdisciplinaria en salud es un camino promisorio para mejorar la calidad del cuidar en salud.

DESCRIPTORES: Servicios de salud. Grupo de atención al paciente. Atención integral de salud.

INTRODUÇÃO

Da geração da vida à sua manutenção e finitude é preciso cuidado.¹ Há uma relação reconhecida entre cuidado, práticas de saúde e trabalho da enfermagem. E, apesar de existir cuidado sem cura, não existe cura sem cuidado.² Existe, ainda, um consenso a respeito da estreita relação entre cuidado humano e o trabalho da enfermagem.

Com Florence Nightingale, no século XIX, as atividades de cuidado à saúde das pessoas que vinham sendo desenvolvidas, milenarmente, por indivíduos ou grupos com diferentes qualificações e em diferentes cenários, ganham especificidade no conjunto da divisão do trabalho em saúde como atividades especializadas e necessárias que demandam formação profissional específica.³ No entanto, nas organizações de saúde, “a atenção depende da conjugação do trabalho de vários profissionais”^{4:967} que se complementam para atender as necessidades dos usuários.³

A complexidade do viver humano e dos problemas que afetam a saúde das pessoas que buscam os serviços de saúde na realidade atual coloca, aos profissionais da área, importantes desafios quando se trata de pensar e realizar o seu trabalho. O reconhecimento da multidimensionalidade do ser humano e a necessidade de intervenções cada vez mais complexas no contexto do trabalho em saúde impõem uma abordagem interdisciplinar, uma vez que um profissional isoladamente não consegue dar conta de todas as dimensões do cuidado humano.

A intensa especialização e as modificações que ocorrem no trabalho em saúde, tanto no que diz respeito à gestão do trabalho, à incorporação de aparatos tecnológicos, que exigem pessoal especializado para operá-los, como também as políticas de saúde e a reforma sanitária no Brasil, colocam em pauta a necessidade de pensar a articulação/integração entre os diversos profissionais.

As propostas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) defendem a necessidade de pensar o trabalho em equipe multiprofissional com vistas à interdisciplinaridade, contribuindo, dessa forma, para a concretização da integralidade e de uma assistência de boa qualidade.⁵ No entanto, a realidade dos serviços de saúde no Brasil, assim como a formação atual dos profissionais, não tem contribuído substancialmente com um repertório que auxilie os profissionais a construir esse modo de trabalhar. Ao longo da formação profissional em saúde, são oferecidas poucas experiências

que promovam esse aprendizado, de modo que, na prática, os profissionais que acreditam que a atuação interdisciplinar se constitui na melhor forma de abordar os problemas de saúde precisam, cotidianamente, inventar e reinventar modos de atuar interdisciplinarmente.⁶

Na literatura em saúde, poucos são os relatos de experiências interdisciplinares desenvolvidas no campo da prática assistencial em saúde. Esse dado faz pensar tanto nas dificuldades que a interdisciplinaridade tem enfrentado para efetuar-se na prática, quanto no fato dos profissionais dos serviços não estarem habituados a relatarem suas experiências, contribuindo para a articulação teoria-prática e para a divulgação de experiências bem sucedidas que promovam o avanço da perspectiva de atuação interdisciplinar.⁷

Embora o debate acerca da interdisciplinaridade não seja um tema novo no campo da saúde, a retomada do debate interdisciplinar aconteceu entre as décadas de 1970 e 1980, especialmente na América Latina.⁸ A articulação do saber contempla, na atualidade, diversas denominações, como multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade, dependendo do grau de articulação existente entre as disciplinas.⁹

A “interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre as disciplinas, no interior de um projeto [...]. Pode ser caracterizada como o nível em que a colaboração entre as diversas disciplinas ou entre os setores heterogêneos de uma mesma ciência conduz a interações propriamente ditas, isto é, a certa reciprocidade nos intercâmbios, de tal forma que, no final do processo interativo, cada disciplina saia enriquecida”.^{10:74-5}

Em sua constituição, o projeto interdisciplinar surge, na maioria das vezes, de uma pessoa, a qual já possui em si a atitude interdisciplinar e, com isso, consegue atrair outros parceiros. “Uma teoria da interdisciplinaridade constrói-se a partir da história acadêmica de cada pesquisador.”^{11:109} Nesse sentido, a interdisciplinaridade ocorre mais por conta do envolvimento dos sujeitos que por uma necessidade do conhecimento, e seu desenvolvimento se dá principalmente através dos projetos em parceria, em equipe.¹¹

A diversificação da equipe de saúde, com a incorporação de profissionais de diversas áreas, torna sua composição cada vez mais complexa, pois aumenta a divisão do trabalho entre as áreas especializadas, comprometendo a visão global daquele que busca cuidados de saúde, e na prática

assistencial, na maioria das vezes, não acontece a interação profissional e a articulação de saberes e ações.⁵ Para solucionar esse impasse, a perspectiva interdisciplinar tem potencial para compreender melhor a multidimensionalidade do objeto de trabalho em saúde e para proporcionar melhores resultados no trabalho.

A busca de ações integradas nas práticas de cuidados, a associação de docência e serviços e a questão da interface entre o biológico e o social passam pelas relações interdisciplinares, pois “regra geral” os problemas de saúde não são disciplinares. Nesse sentido, deve-se levar em conta, “além do plano do conhecimento ou da teorização, o domínio da intervenção efetiva no campo da realidade social”.¹²⁻⁹⁸ A interdisciplinaridade deve ser vista como um modelo aplicável, e como um desafio, uma meta a ser alcançada.¹³

Considerando esse cenário, o presente estudo tem por objetivo conhecer, com base em pesquisa realizada junto a equipes interdisciplinares, práticas assistenciais que potencializem os cuidados de saúde na perspectiva da integralidade e do agir interdisciplinar. Os profissionais envolvidos nas experiências interdisciplinares têm o desafio de construir instrumentos para o agir cotidiano uma vez que a interdisciplinaridade possui uma dimensão de construção humana, histórica e sujeita a mudanças e transformações.

METODOLOGIA

A metodologia deste trabalho consiste em uma investigação exploratória e descritiva, de natureza qualitativa que utilizou como suporte para a coleta e análise dos dados o referencial do materialismo histórico e dialético e os estudos acerca da interdisciplinaridade e da complexidade, especialmente os trabalhos de Edgar Morin.

A investigação foi desenvolvida em duas instituições hospitalares públicas do Sul do Brasil que realizam experiências interdisciplinares na atenção à saúde de usuários. Uma delas caracteriza-se como um centro de estudos e pesquisas oncológicas e a outra como um hospital-escola, ambos de média complexidade.

A definição e escolha das equipes interdisciplinares se deram com base na história e reconhecimento dessas experiências como práticas interdisciplinares no cenário do trabalho em saúde, na composição multiprofissional da equipe e no aceite da instituição e dos profissionais para participarem da pesquisa. Participaram do estudo 26 sujeitos, in-

cluindo 19 representantes das diferentes categorias profissionais que integram as equipes estudadas (assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos) e seis representantes de usuários e de familiares assistidos por estes profissionais.

A coleta e a análise de dados foram realizadas utilizando a técnica de triangulação, ou seja, consideraram-se como fontes do material para análise: o estudo documental incluindo as documentações existentes nas instituições e nos grupos estudados, os livros-ata das reuniões da equipe, dentre outros; as entrevistas semi-estruturadas com os profissionais e usuários/familiares assistidos por estes profissionais e a observação sistemática das atividades realizadas pelas equipes.

As entrevistas foram previamente agendadas com os profissionais, aconteceram nos locais de trabalho, com duração média de uma hora, e foram gravadas com o consentimento do entrevistado. As entrevistas realizadas com os profissionais foram transcritas e apresentadas a eles para validação dos dados, e os dados coletados com o doente e/ou familiares foram confirmados no momento da entrevista, considerando-se as dificuldades para retorná-las a estes.

Foi realizada a observação sistemática de: reuniões formais e informais das equipes; reuniões com usuário e com familiares; do projeto sala de espera e de atividades de educação em saúde; reuniões com familiares de portadores de Alzheimer; atividade de educação permanente; visita domiciliar; atendimento ambulatorial; procedimentos terapêuticos com pessoas internadas. A observação sistemática seguiu um roteiro estabelecido previamente pelo pesquisador e os dados foram anotados em diário de campo logo após as observações.

Os dados das entrevistas, estudo documental e observação sistemática foram coletados de agosto de 2005 a junho de 2006 e sistematizados a partir de categorias de análise definidas previamente, a partir do referencial teórico adotado, quais sejam: caracterização da experiência interdisciplinar na instituição; gestão e organização do trabalho; relações de trabalho e relações com os usuários; realização pessoal e profissional com o trabalho desenvolvido; percepção dos trabalhadores acerca do trabalho que desenvolvem e percepção dos usuários a respeito da assistência que recebem.

O material foi organizado observando-se os passos da análise de conteúdo, de modo a

contemplar a totalidade de comunicações dos atores sociais, estabelecendo-se, a partir daí, conjuntos homogêneos de comunicações ou unidades temáticas. Foram construídos dois corpos de comunicações – as dos profissionais de saúde e a dos usuários/familiares do serviço, uma vez que esses grupos percebem e vivenciam o fenômeno a partir de pontos de vistas muitas vezes diferentes. Realizou-se a leitura transversal dessas comunicações (tanto das entrevistas como das observações) agrupando-as por temas, e o material proveniente do estudo documental auxiliou na compreensão de determinadas situações presentes na observação e nas entrevistas. Considerando-se as pré-categorias de análise, buscou-se identificar nas práticas investigadas as potencialidades da interdisciplinaridade e da integralidade do cuidado.

O estudo seguiu as Diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, antes da realização das entrevistas, sendo garantidos o anonimato e a possibilidade de desistir da participação a qualquer momento. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob N° 173/05, em 03/06/2005. Os sujeitos foram identificados pela letra inicial da profissão, ou combinação de letras, quando necessário, seguida de uma numeração, quando da existência de mais de um profissional de uma mesma categoria funcional, e da sigla da equipe em que atua para a Equipe de Cuidados Paliativos (ECP) e para a Equipe Gerontológica (EG). Os usuários e familiares foram identificados da mesma forma, com as siglas para os usuários (US), e para os familiares (FN).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as atividades desenvolvidas pelas equipes estudadas, algumas se destacam como potencializadoras da interdisciplinaridade e de um cuidado de melhor qualidade: as reuniões de equipe e as visitas multiprofissionais aos doentes internados; os estudos de caso; as conferências de família; as reuniões com acompanhantes; reuniões na sala de espera; os grupos de apoio a familiares cuidadores de Alzheimer, entre outras.

São atividades, em sua maioria, já conhecidas no contexto do trabalho em saúde, porém o modo como são utilizadas pelas equipes interdisciplinares traz um conteúdo de inovação, favorecendo

a construção de uma prática que se aproxima a preceitos do SUS, como acolhimento, vínculo e ampliação do acesso aos serviços de saúde. Essas práticas propiciam apoio a pessoas com dificuldades de “tocar” suas vidas pela intercorrência de uma doença e contribuem para a construção de sua autonomia.¹⁴

As reuniões de equipe e as visitas multiprofissionais aos usuários internados destacam-se na dinâmica do trabalho interdisciplinar nas duas equipes estudadas. Nos dois casos, as equipes reúnem-se semanalmente e as reuniões constituem um momento ímpar para a integração interdisciplinar e para o gerenciamento do trabalho coletivo, possibilitando uma visão mais global do doente e o estabelecimento de planos de cuidados mais próximos das necessidades dos sujeitos cuidados.

No Serviço de Cuidados Paliativos (SCP), esse momento integra, também, uma visita, anterior à reunião, a todos os doentes internados. Participam dessas atividades todos os profissionais que atuam na equipe, incluindo os profissionais da atenção ambulatorial e internação domiciliar, que darão posteriormente continuidade ao cuidado no ambiente domiciliar e ambulatorial.

No núcleo de gerontologia, a reunião é realizada sempre em um mesmo dia da semana, ao final de um turno de atendimento ambulatorial, sendo que esse dia é caracterizado pela atuação conjunta de todos os profissionais que integram a equipe.

Nos dois grupos, a reunião de equipe aborda assuntos como: estudo de caso clínico, atualização profissional, questões administrativas, discussões de projetos e outros.

Na ECP, esse momento caracteriza-se também como espaço para planejamento das atividades assistenciais, planejamento e avaliação de condutas para doentes em internação domiciliar, definição de ocupação de leitos hospitalares e outros. Predominam nas reuniões as discussões envolvendo a assistência.

As discussões, decisões, condutas, tratamentos e planos assistenciais são registrados em livro-ata, que permanece no posto de enfermagem à disposição dos trabalhadores, que no decorrer da semana orientam-se por esses registros para a tomada de decisão. No período entre uma reunião e outra, os profissionais realizam ainda duas visitas conjuntas às enfermarias e mantêm contato entre si, quando se faz necessário modificar alguma conduta. Quando ocorrem mudanças, essas são justificadas e discutidas pelo coletivo na reunião seguinte, evitando assim a tomada de decisão

isolada e descontextualizada do plano assistencial formulado pela equipe. A reunião é percebida como momento livre para planos, quando todo profissional pode se colocar.

Ali é bom porque todo mundo pode colocar qualquer coisa, é livre para proposta, pode propor o que quiser, nunca vai ser atirado pedra, no máximo é enforcado (m2/ECP).

Na EG, o objeto de análise nas reuniões mostra-se diferenciado, dependendo da maior ou menor integração de profissionais no grupo e questões colocadas a cada momento. Percebe-se, nos períodos de mais intensa participação, o predomínio de debates científicos acerca de problemas dos idosos e, ainda, um destaque importante para o número de estudos de caso. Da análise documental, conclui-se que a participação nas reuniões da equipe sofre flutuações ao longo dos anos, com momentos de intensa participação de algumas categorias, seja através de profissionais da instituição, voluntários, acadêmicos e estudantes de pós-graduação. Permanece, durante todo o período, um núcleo básico, formado pelo coordenador médico, enfermeira, assistente social e professoras do Departamento de Enfermagem.

As reuniões das equipes profissionais, nas duas experiências estudadas, são consideradas espaços privilegiados para a construção da democracia interna e favorecem a prestação de um cuidado mais integral.

Segundo a perspectiva da complexidade, a interdisciplinaridade comporta relações de troca e cooperação entre as diferentes disciplinas, bem como a articulação e interação dos saberes/fazeres, favorecendo que o coletivo de trabalhadores possa construir novas possibilidades de trabalho, de soluções e de alternativas, ultrapassando as fronteiras meramente disciplinares.⁹ Dessa forma, a estratégia de realizar reuniões periódicas, com a dinâmica, os objetivos e a metodologia utilizados pelas equipes interdisciplinares estudadas, aproxima-se das formulações teóricas sobre o agir na perspectiva interdisciplinar, contribuindo para aproximação e trocas entre diferentes profissionais e disciplinas. Essa estratégia pode, também, contribuir para o alcance de melhores resultados assistenciais, na perspectiva da integralidade,¹⁵ beneficiando os usuários dos serviços.

O estudo de casos representa um importante instrumento para a articulação interdisciplinar e para o estabelecimento de cuidados mais integrais aos usuários dos serviços de saúde, pois possibilita a compreensão da situação mais global dos usuá-

rios e das trocas disciplinares. É através dessa prática que os profissionais constroem a intervenção coletiva, tomam medidas, modificam condutas, conhecem os aspectos sociais e familiares da vida do usuário, dentre outros, aproximando-se dos sujeitos cuidados.

Na EG, o estudo de caso já foi uma prática sistemática dos profissionais, porém, atualmente vem acontecendo informalmente por dificuldades transitórias do grupo, no que se refere ao quantitativo de profissionais para o atendimento ambulatorial. Parte do trabalho é desenvolvida por profissionais voluntários que auxiliam a suprir essa dificuldade institucional. Na percepção dos entrevistados, a discussão de casos enriquece o processo grupal, auxilia no processo de formação e estimula os profissionais voluntários que atuam na equipe a participar das reuniões.

Eles vêm pra aprender [...], trazer experiências, para eles também prepararem casos, isso também é bom. Até para fazer sentido para ele, poder crescer (m5/EG).

A realização de estudos de caso tem reflexos para a motivação dos profissionais voluntários, pois sua participação no grupo é também incentivada pela possibilidade de aprendizagem. Esse tipo de pesquisa propicia a prática do planejamento conjunto das ações e potencializa a articulação interdisciplinar.

O estudo de caso na ECP é uma prática consolidada que acontece habitualmente durante reunião semanal da equipe, quando são discutidos casos de usuários internados no hospital-dia e na unidade de internação. Em algumas situações, são discutidos casos de usuários que aguardam vagas em outras instituições e casos ambulatoriais que necessitam de internação hospitalar. O estudo de caso e o planejamento da assistência são interligados na atividade da equipe.

Para alguns profissionais, a discussão de casos e o registro das decisões tomadas acerca do cuidado a ser realizado ao doente garantem a realização do que foi decidido, dando segurança à equipe, permitindo que todos conheçam as decisões tomadas.

O que eu acho mais importante na discussão dos casos são as decisões que são tomadas e o nosso registro em ata. Se tem algumas modificações, foi decidido por causa disso e disso. Isso nos dá embasamento muito bom. Existem exceções. Tem paciente que a gente toma uma decisão, resolução e no outro dia ele mudou completamente. Tem que mudar tudo aquilo. Não é estanque (e3/ECP).

A discussão de casos, associada ao planejamento da assistência, fortalece as decisões grupais e a aprendizagem coletiva. Favorece, também, uma visão mais ampliada do usuário e das várias dimensões de sua vida e de sua saúde. Interfere positivamente, inclusive, no exercício do planejamento e da avaliação conjunta do trabalho realizado pela equipe, constituindo-se em um processo mais democrático de tomada de decisão. Dessa forma, o trabalho é mais colaborativo, distanciando-se da fragmentação e hierarquização da organização capitalista do trabalho, predominante na produção material industrial e, também, na organização tradicional do trabalho em saúde.³

Embora a discussão de caso, conforme observado na prática, envolva mais os aspectos relacionados a tratamentos, exames diagnósticos e outros, a participação dos diversos profissionais promove a abordagem de aspectos que facilitam a construção conjunta de uma outra visão sobre o usuário. Promove, também, a educação permanente dos envolvidos. Nesse sentido, essas práticas aproximam-se do movimento possível de articulação dos saberes e fazeres mencionado na teoria da complexidade.⁹ No caso da saúde, práticas desse tipo propiciam a formulação de propostas de atenção que se aproximam mais de uma visão integral dos sujeitos que utilizam os serviços de saúde.

Ao longo de sua trajetória, as equipes interdisciplinares foram incluindo, em sua atuação, atividades que potencializam a educação em saúde e a aproximação com os sujeitos cuidados e seus familiares/cuidadores como: **as reuniões com familiares, com acompanhantes, reuniões em sala de espera e grupos de apoio**. Na prática diária, esses espaços contribuem para pensar o projeto assistencial e para a realização do trabalho, bem como favorecem uma visão mais ampliada do usuário e de suas necessidades. Propiciam, também, a participação do usuário e de sua família na definição da assistência que recebem, favorecendo a sua autonomia.

A **reunião de família** foi instituída pela ECP com o objetivo de reunir os profissionais e os familiares e cuidadores do doente para a discussão de propostas de tratamentos, ajustes de condutas profissionais, esclarecimentos sobre a evolução da doença e apoio aos familiares. As reuniões são agendadas previamente e acontecem na própria enfermaria. São realizadas com base nas necessidades identificadas pelos profissionais no dia-a-dia e planejadas nas reuniões semanais da equipe. Participam da reunião, principalmente,

médicos, residentes de medicina, enfermeiros e assistente social.

Para os profissionais, as reuniões de família são consideradas extremamente importantes, pois é, nesse momento, que são repassadas as informações para a família, que pode expressar suas dúvidas e anseios quanto à situação do doente, ao tratamento proposto e a outras coisas. Com as reuniões, é possível o profissional conhecer um pouco mais cada situação familiar, o que contribui para adequar as ações ao contexto de vida do usuário. As reuniões de família são consideradas uma inovação no atendimento ao doente oncológico e são registradas em livro de ata, que fica disponível na unidade a todos os trabalhadores.

Participam das reuniões familiares de parentesco diversificado: pais, filhos, irmãos, cunhados, tios, sobrinhos, noras, genros e outros. Os registros das reuniões são sintéticos, em sua maioria, não permitindo a real compreensão do debate ocorrido entre profissionais e familiares. Porém, na observação dessas reuniões, identifica-se que a sua dinâmica vai além do que é registrado em livro-ata. A abordagem contempla a exposição da situação do doente, o tratamento efetuado até o momento, o prognóstico e as propostas da equipe para o seguimento do tratamento.

Nessas reuniões, foi possível constatar que existe entre os profissionais a preocupação de utilizar uma linguagem adequada à realidade da família, de realizar a exposição da situação real do doente, em um clima de acolhimento e solidariedade com a situação vivida por eles. Há espaço para perguntas, comentários, exposição de sentimentos, negociações familiares e negociações com os profissionais. As manifestações familiares sobre a condição do doente e o tratamento são acolhidas e debatidas; os familiares são esclarecidos quanto à autonomia do doente para decidir sobre procedimentos e tratamentos a que irá submeter-se, ainda que não esteja presente na reunião.

Estimula-se o diálogo franco entre profissionais, doente e família, evitando a negação da realidade, que muitas vezes provoca o isolamento do doente. Aspectos presentes na discussão com familiares englobam, entre outros: problemas sociais; preparação para alta; suporte familiar no domicílio; apoios oferecidos pela instituição; conduta de sedação e alterações significativas no quadro do doente.

Para os profissionais e familiares, as reuniões são consideradas positivas para a relação profissional/usuário/familiar, pois propiciam a

participação efetiva dos envolvidos no processo e auxiliam a diminuir atritos entre família e equipe, entre outros problemas.

Eu nunca tinha tido experiência de ter reunião pra explicar para os familiares o que está acontecendo e quais são os nossos planos. E a reunião de família não é só com médicos, é com assistente social, com enfermeiro, com fisioterapeuta, com nutrição. Com psicólogo, seria o ideal, mas a gente não tem psicóloga aqui. E faz muita diferença. Às vezes, o médico sozinho não tem condições de passar a visão global do que está acontecendo. Tem toda a estrutura familiar, psicológica da família, que precisa ser valorizada (m4/ECP).

A gente vai se preparando. O paciente é informado do que está ocorrendo. Quando ela estava em casa, ela estava na beira da morte. Eu me preocupei, mas ela chegou aqui e foi preparada. Tem dias que ela diz que está com muito medo de morrer e que vai lutar porque não quer morrer. O meu pai não queria aceitar, mas de tanto que falaram com ele... Fazem reunião de família, de acompanhantes. Ali eles já te preparam. [...] (fm1/ECP).

As **reuniões com os acompanhantes** de doentes internados acontecem na instituição oncológica uma vez por semana, por iniciativa de assistentes sociais, enfermeiros e terapeuta ocupacional. Reúnem familiares de doentes internados nas duas unidades de internação existentes na instituição e têm por objetivos propiciar espaço para expressão dos acompanhantes, dar esclarecimentos sobre o papel deles e preparar para o cuidado no domicílio, entre outros.

Na observação, constatou-se que as reuniões de acompanhantes propiciam a participação de familiares no processo assistencial, expondo suas angústias, dúvidas, ansiedades e dificuldades. Estabelece-se, também, um momento de troca de experiências entre os acompanhantes com a participação dos profissionais. A abordagem dos profissionais evidencia uma visão humanística, não apenas em relação à pessoa doente, mas também com a situação vivenciada pelos familiares. Preocupam-se com o bem-estar dos familiares e com a permanência de acompanhantes provenientes do interior do estado. A reunião serve, inclusive, de espaço para aprendizagem acerca do cuidado, para esclarecimentos sobre direitos sociais e direitos do doente.

O projeto **sala de espera** é uma proposta construída com base nas discussões que vêm sendo tratadas no âmbito das políticas públicas de saúde e diz respeito ao acolhimento dos usuários, constituindo um espaço importante para realização de educação em saúde.

Na EG, esse projeto é organizado principalmente pela assistente social, que, em colaboração com outros profissionais, realiza as atividades de educação em saúde e faz o acolhimento dos usuários, enquanto estes aguardam as consultas. Constitui-se em uma ação simples de cuidado, com efeitos positivos para a interação com o usuário e para a satisfação dele.

Na percepção dos usuários, o projeto sala de espera favorece a convivência com outras pessoas em situações semelhantes e propicia a interação entre eles, e entre profissionais e usuários.

Tem uma televisão, eles ficam passando aqueles filmes, os cuidados com os pés. Elas atendem, dão os papeizinhos, mandam a gente ler em casa, mandam a gente olhar, pra ter consciência que precisa cuidar muito dos pés, secar, olhar se tem algum machucadinho. Então, já dá um ânimo para aquela pessoa que chegou um pouco desconhecida (us3/EG).

A adoção do projeto de sala de espera pela EG vai ao encontro de preceitos fundamentais do SUS, ou seja, constitui-se em um espaço fundamental para a realização da educação em saúde, atividade que estimula a autonomia dos sujeitos, propicia a formação de vínculos entre profissional e usuário e promove o acolhimento dele nos serviços de saúde.^{14,16}

O **grupo de apoio de familiares cuidadores de portadores de Alzheimer**, também, é um investimento da instituição hospitalar universitária, que funciona sob a coordenação de professores do Curso de Graduação em Enfermagem, com participação de profissionais do Núcleo de Gerontologia. Em sua trajetória, esse grupo já conseguiu constituir a Associação de Familiares Cuidadores de Alzheimer.

O grupo de cuidadores de portadores de Alzheimer reúne-se quinzenalmente e tem por objetivo o apoio mútuo para o enfrentamento das dificuldades decorrentes do convívio permanente com a pessoa doente. Participam das reuniões familiares e cuidadores de pessoas com Alzheimer, independentemente do doente ser acompanhado por profissionais da instituição. A integração dos familiares de portadores de Alzheimer às reuniões do grupo, sempre que possível, é realizada antecipadamente ao encontro, quando os profissionais fazem o preparo da família e preenchem um cadastro, que permanece no serviço.

O Núcleo de Gerontologia mantém um espaço permanente de acolhimento e esclarecimentos às pessoas que procuram o grupo, através de linha telefônica própria. Além das atividades quinzenais, esse grupo realiza festas com participação

dos doentes, encontros regionais e estaduais de cuidadores e outras atividades.

O trabalho é integrado com o Departamento de Enfermagem, eles é que estão à frente. Agora foi formada a associação, que é um grande avanço. Antes, eram os profissionais que tocavam, agora a família está bem envolvida. Trazem as ansiedades deles e as experiências que eles têm com o cuidado. E nós, com a nossa experiência profissional, com a estrutura da instituição, com o apoio. É feito um acolhimento para evitar que a família chegue muito ansiosa naquele grupo, com um monte de questões. [...] Nós fazemos o acolhimento via telefone. As pessoas ligam aqui para o serviço social [...] (as2/EG).

Estudos têm demonstrado o potencial das atividades grupais para a educação em saúde, o empoderamento dos usuários, a interação profissional-usuário-família, e os resultados positivos dessas práticas para o enfrentamento de doenças crônicas.¹⁷ A utilização de grupos de apoio dessa natureza vem ao encontro da noção que os serviços de saúde “deveriam existir para ajudar cada usuário a melhor utilizar os recursos próprios, partindo sempre do reconhecimento da vontade e desejo de cura de cada um, como para lhes oferecer recursos institucionais também voltados para melhorar as condições individuais e coletivas de resistência à doença. Nesse sentido, faria parte fundamental de qualquer processo terapêutico o esforço para aumentar a capacidade de autonomia do usuário, para melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social, [...] ampliando as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida.”^{14:50}

Isso “significa entender que a doença ou o risco de adoecer pode cobrar das instituições um apoio crônico, de longo curso – exatamente com o objetivo de que a autonomia do doente se cumpra”.^{14:60} A construção dessa autonomia “depende de uma combinação de técnica de apoio individual (fármacos, atenção clínica, acesso a informações, reabilitação física, referências em crises etc) com outros de feição mais sociocultural (socialização, capacitação para o trabalho, para a convivência, para viver em um mundo de disputas e conflitos)”^{14:60}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto deste estudo, as experiências das equipes interdisciplinares, no que diz respeito às reuniões de equipe, com a família, reunião com o acompanhante e grupos de familiares e/ou portadores de doenças específicas, fazem parte de um repertório, que pode contribuir para a construção

de possibilidades de realizar um trabalho mais satisfatório e colaborativo, assim como de prestar uma atenção mais integral aos sujeitos cuidados e suas famílias.

As práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar aproximam-se das novas formas de organização do trabalho rompendo com a ênfase na organização do tipo taylorista, constituindo-se em um caminho promissor para profissionais e usuários.

Nesse sentido, as práticas estudadas constituem-se em modos de estabelecer vínculos com os usuários, conhecer as subjetividades que envolvem a vida, a saúde e a doença, construindo com os interessados os enfrentamentos necessários para viver as diversas fases da vida e para a superação das situações difíceis que fazem parte do viver humano. Por outro lado, a existência de tais projetos, também, potencializa outros modos de vivenciar o trabalho em saúde e sinaliza para o rompimento com as formas mais tradicionais de organização e gestão do trabalho. De diversos modos, e atendendo às necessidades diversas, os trabalhadores usam criativamente suas potencialidades e os recursos institucionais para construir espaços e possibilidades de trabalhar com os usuários, o que se traduz em satisfação com o processo, para todos os envolvidos, apontando para a efetivação de novas formas de organização do trabalho em saúde e para um cuidado de melhor qualidade.

A prática de reuniões de equipe, as visitas multiprofissionais aos doentes internados e os estudos de caso podem contribuir para a efetivação de mudanças na prática atual e para a educação permanente dos profissionais de saúde, na medida em que se constituem em momentos de aprendizagem coletiva.

REFERÊNCIAS

1. Arruda EN, Gonçalves LHT. Organizadoras. A Enfermagem e a arte de cuidar. Florianópolis (SC): Editora da UFSC; 1999.
2. Leininger M. A relevant nursing theorie: transcultural care diversity and universality. In: Anais do 1º Simpósio Brasileiro de Enfermagem, 1985; Florianópolis, Brasil. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1985. p. 232-54.
3. Pires DEP. Bases para pensar os desafios da Enfermagem como Profissão, disciplina e Trabalho. In: Anais do 2º Seminário Internacional de Trabalho em Enfermagem, 2008; Curitiba, Brasil. Curitiba (PR): ABEn Nacional/ ABEn PR; 2008.

4. Feuerwerker LCM; Cecílio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007 [acesso em 2009 Abr 10], 12(4):965-71. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232007000400018&script=sci_arttext&lng=pt
5. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 1998.
6. Campos, GWS; Domitti, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública* [online]. 2007 [acesso em 2008 Mar 09], 23(2):399-407. Disponível em: www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-79722003000300007&lng=pt&nrm=isso
7. Matos E, Gonçalves JR, Ramos FRS. A epistemologia de Ludwick Fleck: subsídios para a prática interdisciplinar. *Texto Contexto Enferm*. 2005 Jul-Set; 14(3):383-90.
8. Follari R. Algumas considerações práticas sobre a interdisciplinaridade. In: Jantsch AP, Bianchetti L, organizadores. *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. 6ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002. p.97-110.
9. Morin E. *A cabeça bem-feita*. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil; 2000.
10. Japiassu H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro (RJ): Imago; 1976.
11. Fazenda I. organizador. *A Interdisciplinaridade: um projeto em parceria*. 5ª ed. São Paulo (SP): Loyola; 2002.
12. Nunes EDA questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências. In: Canesqui AM. *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro (SP/RJ): HUCITEC/ABRASCO; 1995. p.95-113.
13. Iribarry IN. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe [online]. *Psicol Reflex Crit*. 2003 Mar [acesso em 2004 Set 01], 16(3):483-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0102-79722003000300007&lng=pt&nrm=isso>
14. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência das mudanças: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LC. organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo (SP): HUCITEC; 1994. p.29-88.
15. Pinheiro R, Mattos RA. *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro (RJ): ABRASCO; 2001.
16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília (DF): MS, 2006, [acesso em 2008 Out 12]. Disponível em www.saude.rr.gov.br/humanizasis/acoplimento_nas_praticas.pdf
17. Sandoval RCB. Grupo de convivência de pessoas com diabetes mellitus e familiares: percepção acerca das complicações crônicas e conseqüências sociais crônicas [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2003.