



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
PROGRAMA EICOS

Andreza Maia Pereira

Problematizando a interdisciplinaridade nos serviços de saúde. Um levantamento bibliográfico para construir um mapa analítico das tendências sobre o tema.

Rio de Janeiro  
2011

Andreza Maia Pereira

**PROBLEMATIZANDO A INTERDISCIPLINARIDADE NOS SERVIÇOS DE  
SAÚDE: Um levantamento bibliográfico para construir um mapa analítico das  
tendências sobre o tema.**

Dissertação submetida ao Programa EICOS  
/ IP - Universidade Federal do Rio de  
Janeiro – UFRJ como parte dos requisitos  
necessários à obtenção do Título de Mestre  
em Psicossociologia de Comunidades e  
Ecologia Social.

Profª Drª Ruth Machado Barbosa  
Orientadora  
Profª Drª Paula Cerqueira  
Co-orientadora

Rio de Janeiro  
2011

P436

Pereira, Andreza Maia.

Problematizando a interdisciplinaridade nos serviços de saúde: um levantamento bibliográfico para construir um mapa analítico das tendências sobre o tema / Andreza Maia Pereira. Rio de Janeiro: UFRJ, 2011.

97f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social - EICOS, 2011.

Orientadora: Ruth Machado Babosa.

Co-orientadora: Paula Cerqueira.

1. Interdisciplinaridade na saúde – Bibliografia. 2. Profissionais da área da saúde – Bibliografia. 3. Serviços de saúde – Bibliografia. I. Barbosa, Ruth Machado. II. Cerqueira, Paula. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.

CDD: 362.1

**Andreza Maia Pereira**

**PROBLEMATIZANDO A INTERDISCIPLINARIDADE NOS SERVIÇOS DE  
SAÚDE: Um levantamento bibliográfico para construir um mapa analítico das  
tendências sobre o tema.**

Dissertação submetida ao Programa EICOS  
/ IP - Universidade Federal do Rio de  
Janeiro – UFRJ como parte dos requisitos  
necessários à obtenção do Título de Mestre  
em Psicossociologia de Comunidades e  
Ecologia Social.

Aprovado por:

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ruth Machado Barbosa – Orientadora / UFRJ

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Paula Cerqueira Co-orientadora / UFRJ

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Rita Louzada / UFES

## **Agradecimentos:**

Primeiramente agradeço a Deus pela existência e por me permitir a experiências extraordinárias nesse mundo.

Ao meu companheiro de jornada Marcos Scheidegger, com quem divido a minha história e o meu amor.

A minha eterna e melhor amiga, minha mãe, com seu amor incondicional e paciência para ouvir a leitura de todas as fases deste trabalho.

A minha Irmã Halana sempre presente.

As minhas filhas do coração Júlia e Joana, por me ensinarem que a vida sempre nos guarda uma surpresa.

As minhas amigas que ouviram as minhas lamentações, que riram comigo e muitas vezes me ofereceram o ombro para chorar: Paloma, Ana, Raquel, Natália e Marcelle. Um brinde a nossa amizade.

A professora Ruth por me acompanhar nessa jornada e acreditar nesse trabalho.

As professoras Rita Louzada e a Paula Cerqueira pelas contribuições a esse trabalho.

A todos da Prefeitura Universitária da UFRJ, que sempre estiveram ao meu lado. Tenho uma dívida de gratidão com vocês.

E por fim a todos que de alguma forma contribuíram para a realização desse sonho.

**Dedico este trabalho a minha mãe,  
pelo seu apoio e amor incondicional.**

## **Resumo.**

Pereira, A. M. **Problematizando a interdisciplinaridade nos serviços de saúde.** Um levantamento bibliográfico para construir um mapa analítico das tendências sobre o tema. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) - Centro de Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Este trabalho se propõe a discutir questões ligadas à interdisciplinaridade e saúde. Tem como pergunta norteadora: *quais são as concepções e as respectivas características das pesquisas sobre a comunicação horizontal dos profissionais de saúde que compõe uma equipe interdisciplinar?* Trata-se de uma pesquisa teórica, exploratória para buscar o estado da arte sobre a comunicação interdisciplinar na literatura. Para alcançar tal objetivo, foi elaborada uma revisão bibliográfica, fundamentada na discussão sobre processo de trabalho em saúde, cuidado e interdisciplinaridade. O levantamento bibliográfico foi realizado na internet, através dos seguintes bancos de dados: LILACS, SciELO, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Unicamp e através dos seguintes descritores: Interdisciplinaridade e Cuidado, Interdisciplinaridade e Processo de trabalho, Interdisciplinaridade e Comunicação, Interdisciplinaridade e Transversalidade e Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade. Foram encontrados 225 documentos nas quatro bases pesquisadas e foram selecionados setenta e cinco, destes desconsiderando os documentos selecionados duplamente, foram quarenta e nove os documentos selecionados e analisados. Não houve um documento que se propusesse a questionar empiricamente a questão da comunicação horizontal na equipe interdisciplinar de saúde. Apesar do vazio das publicações neste tema, o diálogo/comunicação é um requisito fundamental na prática da saúde, apontado no material pesquisado por promover a troca de saberes e aproximação com os vários profissionais da área. Esta pesquisa aponta para a necessidade de pesquisas no âmbito das práticas dos profissionais de saúde, privilegiando a crítica de como se organiza o discurso e a prática da comunicação horizontal em equipes interdisciplinares; discutindo a educação permanente e formação integrada; possibilitando novos caminhos para o cuidado, acolhimento e autonomia aos usuários do serviço de saúde que venham alimentar a produção sobre este tema.

## **ABSTRACT**

Pereira, A. M. Problematizing the interdisciplinarity in health services. A bibliographic survey to construct an analytical map of trends on the topic. 2011. Dissertation (Master in Psychosociology of Communities and Social Ecology) –Humanities Center. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

This work has the purpose to discuss issues related to interdisciplinarity and health. The guiding question is: What are the conceptions and their respective characteristics regarding the researches on horizontal communication of health professionals that compose an interdisciplinary team? It is a theoretical exploratory research, seeking the state of the art on the interdisciplinary communication in literature. In order to achieve this goal, a literature review based on the discussion of the working processes of health, care and interdisciplinarity was prepared. The bibliographical research was retrieved from the internet through the following databases: LILACS, SciELO, Digital Library of theses and Dissertations of USP and Digital Library of theses and Dissertations of Unicamp and through the following descriptors: Interdisciplinarity and Care, Interdisciplinarity and Working Process, Interdisciplinarity and Communication, Interdisciplinarity and Transversality and Interdisciplinarity. Two hundred twenty-five documents were found in four bases of research and seventy-five were selected, disregarding the selected documents in duplicate, forty-nine documents were finally selected and analyzed. There was not a single document proposing to empirically question the issue of horizontal communication within the interdisciplinary health team. Despite the emptiness of publications on this theme, the dialogue/communication is a fundamental requirement in the practice of health pointed out in the researched material for promoting the exchange of knowledge and rapprochement with the various professionals. This research points to the need for researches in the scope of the practice of health professionals, privileging the critiques of how it organizes the discourse and practice of horizontal communication within interdisciplinary teams; discussing integrated training and continuous education; enabling new ways for care, reception and autonomy to users of the health service that will feed the production on this topic.

## ÍNDICE DE SIGLAS

**ACS** - Agentes Comunitários de Saúde

**BVS** - Biblioteca Virtual de Saúde

**CAPES** - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal

**CCV** - Centro de Ciências da Vida

**CNPq** - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

**CPS** - Centro de Promoção de Saúde

**EQM** - Equipe Multiprofissional

**FAPESP** - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

**GHC** - Grupo Hospitalar Conceição

**HCFMUSP** - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**IBICT** - Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e tecnologia

**IBICT/MCT** - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia

**LILACS** - Literatura Latino Americana e Do Caribe em Ciências da Saúde

**NASF** - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

**NDLTD** - Network Digital Library of Theses and Dissertations

**P.N.H** - Política Nacional de Humanização

**PHAS** - Portadores de hipertensão Arterial

**PUC** - Pontifícia Universidade Católica

**RIS** - Residência Integrada em Saúde

**SciELO** - Scientific Eletronic Library On Line

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**UNICAMP** - Universidade Estadual de Campinas

**USP** - Universidade de São Paulo

**UFRJ** - Universidade Federal do Rio de Janeiro

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>CAPÍTULO 1 – PROCESSO DE TRABALHO: A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA NO CAMPO DA SAÚDE</b> .....	15
<b>CAPITULO 2 – O CUIDADO DENTRO DA VISÃO INTEGRALISTA E CO-RESPONSÁVEL DA SAÚDE</b> .....	23
<b>CAPITULO 3 – INTERDISCIPLINARIDADE: O VETOR ANALISADOR PARA A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE E DO PENSAMENTO SISTÊMICO NAS AÇÕES EM SAÚDE</b> .....	30
<b>CAPITULO 4 – METODOLOGIA</b> .....	37
4.1 QUESTÕES E HIPÓTESES .....	39
4.2 CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO DOS ESTUDOS .....	40
4.3 AMOSTRA DO ESTUDO.....	42
4.3.1 REPRESENTAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA .....	43
4.3.2 <i>Pesquisa a base de dados do SciELO</i> .....	43
4.3.3 <i>Pesquisa a base de dados LILACS</i> .....	47
4.3.4 <i>Pesquisa a Biblioteca Digital da USP</i> .....	51
4.3.5 <i>Pesquisa na Biblioteca Digital da UNICAMP</i> .....	54
<b>CAPÍTULO 5 – ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	57
5.1 <i>Analisando os artigos selecionados na base do SciELO</i> .....	57
5.1.1 <i>Refletindo sobre a pesquisa ao SciELO</i> . .....	60
5.2 <i>Analisando os artigos selecionados na base do LILACS</i> . .....	61
5.2.1 <i>Refletindo sobre a pesquisa ao LILACS</i> .....	70
5.3 <i>Analisando os documentos selecionados na base da USP</i> .....	71
5.3.1 <i>Refletindo sobre a pesquisa a USP</i> .....	73
5.4 <i>Analisando os documentos selecionados na base da UNICAMP</i> . .....	73
5.4.1 <i>Refletindo sobre a pesquisa a UNICAMP</i> .....	75
<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	76
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	84
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	86
<b>ANEXOS</b> .....	91

## Introdução

---

Este trabalho se propõe a discutir questões ligadas à interdisciplinaridade e saúde. Os autores que fundamentam a parte teórica demonstram que a prática interdisciplinar é uma potente ferramenta nas práticas de saúde contribuindo para lidar com a segmentação do saber, para promover o acolhimento e autonomia do usuário do serviço. A prática interdisciplinar é fundamentada na comunicação horizontal entre os saberes.

O objetivo desta pesquisa foi investigar pesquisas que se propuseram ir à campo para observar como se organiza a comunicação horizontal dos profissionais de saúde em equipes interdisciplinares, através da literatura. E, como decorrência, organizar um mapa analítico de como se organiza a pesquisa sobre a prática interdisciplinar, observando a questão da comunicação horizontal da equipe interdisciplinar.

A pesquisa tem como pergunta norteadora: *quais são as concepções e as respectivas características das pesquisas sobre a comunicação horizontal dos profissionais de saúde que compõe uma equipe interdisciplinar?*

Trata-se de um estudo teórico, exploratório para buscar o estado da arte sobre a comunicação interdisciplinar na literatura. Para alcançar tal objetivo, foi elaborada uma revisão bibliográfica, fundamentada a partir da discussão sobre processo de trabalho em saúde, cuidado e interdisciplinaridade.

Paim (2000) é um dos autores que afirma estarmos diante de uma crise na saúde, não por questão financeira, mas uma crise pragmática. A fragmentação do processo de trabalho, a gestão separada da atenção e a visão objetiva e simplista do sujeito não respondem aos questionamentos atuais.

Saupe (2005) vê a interdisciplinaridade como um dos conceitos nucleares para a consolidação das políticas públicas na área de saúde que visam resolver exatamente essa crise. Segundo sua pesquisa, a concretização da interdisciplinaridade na prática dos serviços de saúde é vista como um dos grandes desafios pelos profissionais atuantes.

Esta perspectiva é entendida dentro do contexto histórico que se caracteriza pela divisão do trabalho intelectual, a fragmentação do conhecimento e a excessiva predominância das especializações. A proposta interdisciplinar reconhece a complexidade crescente do objeto das ciências da saúde e as conseqüentes exigências internas de um olhar plural e da possibilidade de trabalho conjunto – que respeite as bases disciplinares específicas, mas busque soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições – e o

investimento como estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde. (SAUPE 2005).

Segundo Motta (2008) o trabalho em saúde se caracteriza por ser reflexivo e dependente de colaborações e saberes. É marcado pela complexidade, pela diversidade profissional, dos atores, das tecnologias, das relações sociais e interpessoais, da organização do espaço dinâmico. Além de ser um trabalho: heterogêneo, devido à variedade de processos de trabalho coexistentes, fragmentado conceitualmente pelo pensar e fazer da técnica plural entre os profissionais.

É bem verdade que o conceito de interdisciplinaridade como também sua prática não tem um sentido único, como pontua Jantsch e Bianchetti (2008 apud Guedes 2010). Este surge de diferentes demandas, de diversas visões de mundo. Ainda hoje, há uma grande dificuldade em definir este termo. Vários autores fizeram considerações a respeito, muitas destas divergentes entre si, mas que geraram algumas vertentes de pensamento sobre o tema, a saber: a) a humanista, cujo principal representante é Hilton Japiassu, para quem a interdisciplinaridade pauta-se na filosofia do sujeito, propondo que o diálogo entre as várias áreas do conhecimento parta de uma mudança de espírito dos próprios pesquisadores e que para superar o positivismo científico é imprescindível a articulação entre pesquisa e ensino; b) a vertente social crítica, representada por nomes como Minayo e Jantsch, que tem como foco a dimensão histórica e social da produção de conhecimento, fundamentada na crítica marxista que vê a ciência moderna subordinada à lógica da divisão social e técnico-científica do trabalho, no modo de produção capitalista; c) a vertente da complexidade, com autores como Morin e Almeida Filho, cuja característica marcante é a crítica epistemológica à ciência contemporânea, com a incorporação do tema da complexidade e da perspectiva sistêmica, contribuindo para o aprofundamento teórico-metodológico em torno das diferentes estratégias de integração das disciplinas (GUEDES 2010).

Apesar da dificuldade para conceituar a interdisciplinaridade existe um consenso de que esta prática é baseada no diálogo/comunicação (FAZENDA 1991, 2001, MINAYO 1994, ALMEIDA FILHO 2005). Para ser um diálogo interdisciplinar deve acontecer interparadigmática (ALMEIDA FILHO 2005). Melhor explicando, horizontalmente, ou seja, entre os saberes *diferentes*. Assim não importam quais sejam os profissionais envolvidos, todos devem estar em convergência, aptos a serem recíprocos e mutuamente enriquecer a prática do outro. É claro que essas relações, em princípio, poderiam tender ao conflito, porém o seu objetivo seria a quebra da hegemonia de um sobre o outro, direcionado ao bem comum.

Para Equipe Técnica do CAPS Rubens Corrêa (1999) e Almeida Filho (2005) é importante que a saúde, de uma maneira geral, contextualize o indivíduo na sociedade, busque um atendimento mais eficiente, diminua a dor do paciente por oferecer um atendimento de qualidade e humanizado, promovendo uma prática reflexiva, uma visão integradora, reconhecendo os limites de cada disciplina, mas sempre buscando uma aproximação das fronteiras e promovendo um maior diálogo entre os saberes.

O interesse de estudar tal tema se deve aos questionamentos levantados em estágios na graduação em Psicologia. Que estágios gerem questionamentos está de acordo com Tavares e outros (2005). Este acreditam que todas as formulações de políticas, pesquisas e estratégias sobre transformação do trabalho devem ser pensadas a partir da práxis, momento em que elas se concretizam.

Através dos estágios realizados fui afetada ao perceber que em alguns locais os profissionais, apesar de toda a dificuldade encontrada, buscavam a prática interdisciplinar, em contraste com outros em que os profissionais estavam completamente alheios a como se trata e organiza uma equipe interdisciplinar na saúde. O que me afetou não foi à divergência quanto à definição da interdisciplinaridade, mas a negação de um espaço de troca de conhecimentos. Um espaço que se propusesse construir uma crítica sobre o saber dominante e refletir sobre os atravessamentos do objeto de estudo da saúde.

Esta pesquisa se justifica em função dessas indagações, mas o caminho escolhido não foi o de uma pesquisa empírica. A pesquisa se propõe a buscar reflexões através da literatura, para se observar como as questões problematizadas nas práticas de saúde estão aparecendo também através de pesquisas e tendo visibilidade na produção de artigos, teses e dissertações acadêmicas.

Seguindo o rigor metodológico necessário ao desenvolvimento da pesquisa, foi escolhida a revisão integrativa de publicações dos últimos cinco anos (2005-2010), nas seguintes bases: SciELO, LILACs, Biblioteca Digital da USP e Biblioteca Digital da UNICAMP. Com base na fundamentação teórica foram selecionados os descritores que nortearam a revisão integrativa: Interdisciplinaridade e cuidado; Interdisciplinaridade e processo de trabalho; Interdisciplinaridade e comunicação; Interdisciplinaridade transdisciplinaridade; Interdisciplinaridade e transversalidade.

Não houve a intenção de observar nos documentos a evolução de conceitos ou questões. Foi tratado o conjunto lido como uma pequena amostra do universo de matérias publicadas nessas bases de acordo com a pesquisa de Silveira (2005) e Canoletti (2008).

Silveira (2005) pontua que uma revisão integrativa sumariza as pesquisas já concluídas e permite obter conclusões a partir de uma gama de estudos em um tema escolhido.

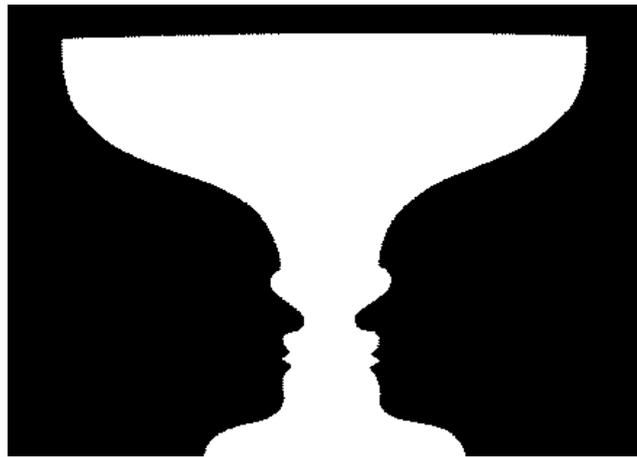
Para dar conta desses questionamentos este trabalho foi organizado da seguinte forma: os três primeiros capítulos comportam a fundamentação teórica, abordando O Processo de Trabalho, O Cuidado e a Interdisciplinaridade no contexto da Saúde. O quarto capítulo apresenta a metodologia e discute os resultados da pesquisa.

As considerações finais apontam a necessidade de mais pesquisas no âmbito das práticas dos profissionais de saúde, privilegiando a crítica de como se organiza o discurso e prática da comunicação horizontal em equipes interdisciplinares. Discutindo a educação permanente e formação integrada, possibilitando novos caminhos para o cuidado, acolhimento e autonomia do coletivo aos usuários do serviço de saúde. Outra questão que esta pesquisa aponta é carência de estudos sobre a temática interdisciplinar no Estado do Rio de Janeiro, nas bases de dados consultadas.

## Capítulo 1 – Processo de trabalho: A reestruturação produtiva no campo da saúde

---

Ao darmos início a este capítulo, propomos uma reflexão já feita por Paulo Amarante (2007). A discussão gira em torno de uma figura ambígua ou equivocada, exemplificada a baixo.



Esta imagem nos remete a dois perfis frente a frente que, vistos com outra perspectiva de fundo ou transfundo, e nos faz ver, pelo contrário, um jarro grego sobre um fundo preto. Qual a imagem verdadeira? Pergunta Amarante (2007). Os dois perfis ou o vaso grego?

Estaríamos diante de um caso de ambigüidade? Erro de percepção ou do pensamento? Contradição ou realidade? Segundo o autor está é uma grande questão que temos que enfrentar: existe uma imagem verdadeira que anula e inviabiliza a outra ou todas as demais? Por que temos que pensar de forma dualista (entre o certo e o errado) e simplificada?

O autor usa o jogo de imagem, para nos instigar a questionarmos as nossas verdades e a forma simplista de pensarmos as contribuições dos vários saberes na prática da saúde. Apesar de Amarante não tocar no assunto da crise da saúde, essa oferta de crítica é interessante para iniciarmos esse capítulo, pois falar de reestruturação da saúde é falar de reestruturação de pensamentos, percepções e atitudes. Não existe uma forma única para ver e sentir, mas múltiplas. O que irá depender do olho que vê e do momento em que se encontra.

Na verdade, a melhor forma de pronunciar a proposta desse capítulo seja a criação de um novo lugar. Pois, o que nos interessa é inovar, criar, produzir isto que Guatarri (1986) chama de desejo. O que nos falta é achar uma linha de fuga para sua produção.

Podemos observar tais conceitos na prática de Baságliá, segundo Paulo Amarante (2007) <sup>1</sup>. O autor demonstra que o interesse de Baságliá, ao pensar a psiquiatria democrática, era a produção de uma prática institucional inovadora e original, voltada para a superação do aparato já constituído. A prática, não se resume à questão da superação do aparato físico (o que seria empobrecer a questão da saúde), mas, à construção de um conjunto de saberes e práticas científicas, sociais, legislativas e jurídicas que fundamentam a existência de um lugar sem o isolamento, segregação e patologização da experiência humana.

É neste sentido que os autores Donnangelo (2004) e Paim (2000) ao falar de reestruturação discutem uma mudança de paradigma, não mais a visão reducionista, fragmentada que não correspondem às necessidades do mundo atual. Para Paim, não só a ciência como também a saúde devem buscar na teoria da complexidade de Morin (2000) <sup>2</sup> entre outros autores, uma visão do todo e não de partes, buscando uma compreensão plural do objeto.

Donnangelo (2004) e Paim (2000) questionam: qual seria a causa ou as causas da crise da saúde no Brasil? Podemos resumi-la a uma questão de recursos humanos? Acaso a contratação do dobro dos profissionais existentes hoje, nos levaria a uma saúde de excelência? Ou melhor, pensando na questão da hiper-especialização, ao desenvolver vários profissionais cada vez mais especializados temos um melhor atendimento e a solução do problema da saúde?

Merhy (2002) responde que a saúde é muito mais complexa do que aparelhos pirotécnicos e uma mão de obra cada vez mais especializada. Para o autor pensar em reestruturação produtiva no campo da saúde é fundamental repensar tanto a gestão como as tecnologias usadas nesse campo. Santos (2009) aprofunda o conceito, postulando que não é possível separar a atenção (cuidado) da gestão, pois estes seriam indissociáveis. Pensando nestas premissas, Franco (2006) propõe que a saúde deve ser pensada e construída na micropolítica do trabalho vivo, proporcionando a formação de micro redes entre os

---

<sup>1</sup> Segundo Amarante (2007) após a segunda guerra mundial o mundo voltava-se para as condições subumanas nos asilos. Neste período iniciaram-se os primeiros movimentos da reforma psiquiátrica. Para o autor esta pode ser dividida em três grupos: Comunidade terapêutica e Psicoterapia instrucional, Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva e a Anti-psiquiatria e a Psiquiatria Democrática. Sendo esta última pensada por Baságliá na Itália. Foi inspirada na Psiquiatria democrática, que os movimentos brasileiros deram os seus primeiros passos.

<sup>2</sup> Segundo Morin (2000) existe inadequação cada vez mais ampla, profunda e grave entre os saberes fragmentados, compartimentados entre disciplinas e por outro lado, realidades ou problemas cada vez mais pluridisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais, planetários. Em tal situação, tornam-se invisíveis os conjuntos complexos, as interações e retroações entre as partes e todas as entidades multidimensionais, os problemas essências.

profissionais e os serviços. Isto acarretaria o que ele chama de correlação articulada que proporciona o cuidado.

Atualmente não temos muitos estudos sobre a questão da reestruturação da saúde, principalmente no que diz respeito à questão da entrada das novas tecnologias de ponta nos serviços (MERHY 2002). O autor chega a citar um estudo desenvolvido pelo pesquisador Pires (1998, apud MERHY 2002). Segundo este pesquisador o tema da reestruturação produtiva se identifica quase que exclusivamente, com as alterações que o modelo médico hegemônico vem sofrendo pelas mudanças operadas por equipamentos novos e por se ver diante de uma crise de eficiência e eficácia.

Merhy (2002) critica a visão de Pires. Para o autor a entrada destas tecnologias de ponta nos serviços de saúde vem reforçar um modelo hegemônico da super-especialização da mão de obra, com alterações que não compõem uma transição. Segundo Merhy a grande inovação no campo da saúde não é a entrada de novas tecnologias que exigem um profissional mais especializado. Ao contrário, as mudanças devem ocorrer no campo dos não-equipamentos, os territórios das tecnologias leves (acolhimentos, produção de vínculos, gestão como forma de governar processos de trabalho) e leves-duras (saber estruturado que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica e psicanalista), que proporcionam novas modalidades de produção do cuidado, bem como de governá-las.

A tarefa do saber operar no processo de trabalho passa pela construção de um modelo technoassistencial, que não despreze nenhum recurso tecnológico, clínico e/ou sanitário para a sua ação. Neste modelo ocupa lugar estratégico o trabalho do profissional comprometido e vinculado com usuários individuais e coletivos, atuando em equipes multiprofissionais. (Ibid)

Amarante (2007) também discute o processo de trabalho e demonstra que as dimensões da atenção devem superar o aparato clínico e alcançar: o teórico conceitual, o técnico assistencial, o jurídico político e o sócio cultural. Sim, é preciso alcançar várias dimensões para dar conta das singularidades do sujeito e das suas experiências. A visão do serviço fechado em muros, encerrado no seu saber absoluto e incontestável deve e está sendo desmontado.

Santos (2009) focaliza ainda a indissociabilidade entre produção de serviços e produção de sujeitos singulares. Para o autor o sujeito que demanda o serviço de saúde, tem necessidades que vão além do remédio e dos exames clínicos, pois, este sujeito não se resume à questão fisiológica. Antes, ele é um ser complexo, dotado de várias instâncias (MERHY 2002, FRANCO 2006, AMARANTE 2007).

É neste ponto que Franco (2006, 2004) fala de Imanência, das inúmeras articulações, de uma ação em saúde não mais influenciada somente pela ciência soberana, mas antes influenciada pela ideologia, política, prática social, saberes, subjetividades, singularidades e ética.

Foucault (1979) em *Microfísica do Poder* discute a construção da prática médica e do hospital terapêutico. A palavra usada é construção, pois Foucault demonstra que não há uma origem única e incontestável desta prática, mas antes uma construção social e cultural. A medicina especializada e fragmentada nem sempre foi assim. A sua criação teve início no saber popular, na observação da doença e no exame clínico.

Hoje temos alguns profissionais que nem ao menos querem olhar para o paciente, muitos deles nem observam ou escutam o que têm a dizer; só querem saber dos sintomas e ler os laudos dos exames. É neste sentido que Merhy (1998, 1999, 2002, 2007) pensa as tecnologias usadas nos serviços: focalizar a temática do próprio trabalho, cuja finalidade é a produção de algo, concreto ou simbólico, que satisfaça as necessidades de quem demanda pelo serviço. O processo de trabalho do profissional de saúde acontece em ato e opera em movimento e em relação. A esta relação ou encontro Merhy (2002, 1998) chama de interseção<sup>3</sup>. Para entender esse conceito é preciso se afastar da idéia de soma dos produtos e se aproximar de um “inter”.

No processo de trabalho em saúde, há um encontro do agente produtor (profissional de saúde) e o agente consumidor do serviço. Não foi por menos que Merhy usou a palavra agente. Pois aquele que demanda pelo serviço tanto está na passividade de ser medicado e examinado, como também está na produção daquele encontro, na atividade. Pois, expõe as suas intencionalidades, conhecimentos e representações, expressos como um modo de sentir e elaborar as necessidades de saúde. Para o autor a produção/ação em saúde, acontece na interseção entre esses sujeitos. E a ação em saúde só tem existência (ou sentido de existir) neste momento de encontro.

---

<sup>3</sup> Merhy (2002) faz uma comparação interessante entre a produção fabril e prestação de serviço. No primeiro o produto é a interseção entre o produtor e o consumidor não havendo um contato direto entre os dois. No exemplo do carro produzido na fábrica, a interseção entre o produtor e o consumidor é o carro. Já na prestação de serviço de saúde o produto e o ato de produzir acontecem ao mesmo tempo. Por exemplo, quando um profissional de saúde atende um usuário no hospital, a produção e o produto (que no caso é o atendimento) acontecem ao mesmo tempo. A esse encontro Merhy chama de interseção. Assim o serviço de saúde, que nada mais é do que uma prestação de serviço tem as suas necessidades constituídas de maneira diferente. E mais do que isso, as ações em saúde acontecem em ato e no espaço de interseção.

Os agentes produtores e consumidores são portadores de necessidades macro e micro politicamente constituídos, bem como são instituidores de necessidades singulares, que atravessam o modelo instituído no jogo do trabalho vivo e morto ao qual estão vinculados. (MERHY 2002, Pg. 60)

Franco (2006) dialoga muito com a teoria desenvolvida por Merhy. Para o autor o próprio trabalho em saúde se dá a partir desses encontros entre os trabalhadores e desses com os usuários, isto é, são fluxos permanentes entre sujeitos, e esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade. A imanência<sup>4</sup> das redes nesse processo traz a idéia de pertença, isto é, os trabalhadores pertencem uns aos outros enquanto equipe que opera mesmo que na informalidade. Pertencem também a uma rede maior que faz fluxos conectivos com outras equipes e unidades de saúde e têm suas conexões expandidas para o território da área da unidade ou equipe e além do domicílio do usuário.

Neste encontro, o profissional usaria as suas ferramentas. Segundo Merhy (2002, 2007) estas poderiam ser divididas em três tipos: a primeira seriam as máquinas (a tecnologia dura), a segunda seria o saber clínico e terceira seria o espaço intersessório entre o profissional e o usuário. A relação particular que a terceira ferramenta adquire com as outras duas, define o sentido social e contemporâneo do agir em saúde. Assim, a produção do cuidado é uma modelagem tecnológica de saúde ao realizar o encontro entre o usuário e seu mundo de necessidades.

O trabalho deste profissional, para se realizar como uma forma de cuidado tem de construir competência de ação em duas dimensões: nas tecnologias leves e a outra no seu saber clínico que estaria na dimensão profissional centrada, próprio de seu recorte tecnológico específico.

Aproximando a teoria de Merhy com Paulo Amarante, privilegiar as tecnologias leves, não significa negar a doença ou a experiência de dor e sofrimento, causados pela vivência da mesma, seja ela física ou mental. A estratégia de colocar a doença entre parênteses é a negação da objetivação da subjetividade do sujeito. É na verdade uma tentativa de ruptura com modelo hegemônico que se apoderou das ciências naturais para conhecer a subjetividade e terminou por objetivar e “coisificar” o sujeito e a experiência humana.

Neste sentido, os serviços de saúde de uma maneira geral, devem ser entendidos como dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais.

---

<sup>4</sup> Franco (2006) trabalha com a idéia de rede, ligações e compromissos. Quando o autor fala de imanência, refere-se a não clivagem dos planos (processos) econômicos, políticos, culturais, sociais, naturais e do desejo. Todos eles são coextensivos e a sua separação se dá apenas com uma finalidade pedagógica. A proposta do autor é pensar as relações terapêuticas nesta imanência e ver o sujeito composto por todos esses planos.

Enquanto serviços que lidam com as pessoas e não com doenças, devem ser lugares de sociabilidade e produção de subjetividade.

A proposta deste capítulo é discutir o processo de trabalho. Neste primeiro momento discutimos as ferramentas, as tecnologias usadas pelos profissionais no encontro com os sujeitos, ou seja, o cuidado/atenção. Merhy, Franco, Amarante, entre outros, estão propondo e construindo uma nova forma de produzir o cuidado, baseado em ferramentas e tecnologias do cotidiano dos profissionais de saúde. Discutimos como se dá a construção, mas, como funciona a gestão desses serviços? Qual será a proposta e que pontos de separação da velha e da nova forma de pensar a saúde esses autores propõem?

Alguns serviços têm a sua gestão centrada na lógica do mercado. O seu objetivo é gerar lucro e usam a saúde com um bem rentável a ser consumido. Estes anulam praticamente a dimensão cuidadora para sobressair a centrada em saberes/práticas profissionais. (FRANCO 2006).

Nesta modalidade os processos de trabalho são ordenados por uma redução dos núcleos de competência, sobressaindo cada vez mais as capacidades de modos bem estruturados de atos de saúde, como procedimentos que não deixam mais nítido quem comanda quem: se o trabalhador ao seu saber, ou se o saber pontual ao trabalhador. (MERHY 2002).

O autor critica e demonstra que tal modelo não é eficaz. Seja pelo lado do profissional, pois as suas micro-decisões ficam vinculadas ao capital, Seja pelo lado dos usuários, que assumem um movimento consumista, como para compensar a baixa efetividade.

Um dos indicadores da crise que o modelo da medicina tecnológica vem experimentando é a procura do próprio capital de investir no setor de saúde não vinculado à medicina tecnológica e aos complexos industriais. Merhy (2002) dedica um capítulo inteiro do livro para a análise dos desafios postos pela atenção gerenciada<sup>5</sup>, pensando exatamente nesta transição.

Ao se opor ao modelo médico hegemônico e trazer as decisões para o campo administrativo busca-se “publicizar” os serviços de saúde. Segundo Merhy (2002, 1998) para que os serviços de saúde cumpram seu papel é necessário que o usuário tenha o direito de

---

<sup>5</sup> A atenção gerenciada aposta na produção de tecnologias no campo da gestão de processos de trabalho em saúde que possam deslocar as micros decisões clínica para o campo da administração, afastando do modelo médico-hegemônico. Impondo novas formas tecnológicas de constituir o próprio ato de cuidar e o modo de operar a sua gestão, tanto no interior dos processos produtivos em saúde, quanto no campo de organização (MERHY 2002).

“permeabilizar” os espaços institucionais para que neles atue a força instituinte do usuário, mesmo não estando presente fisicamente ali.

Para tanto é necessário que haja processos gerenciais autogestores, publicamente balizado a partir de contratos e na lógica dos usuários. Franco (2006) observa a necessidade de que a gestão estratégica da organização da saúde deva se dar por projetos e a sua condução, por coletivos de sujeitos, muito comumente chamado de colegiados gestores. Para o autor, essa forma de condução de processos se repete para todos os níveis de produção, social e subjetivamente determinada e vai configurando o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra.

Merhy (1998) e Franco (2006) concordam que a saúde deva ser organizada em micro-redes, colocando em segundo plano a gestão normativa da organização. Pois segundos estes autores, a instituição da norma faz com que o trabalho vivo perca sua potência produtiva e resolutive.

A micropolítica da gestão do trabalho em saúde quando funciona sob a hegemonia do trabalho vivo, vai nos revelar um mundo extremamente rico, dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva. Nestes serviços por sua vez, há uma multiplicidade de redes operando em conexões entre si, em diversas direções e sentidos, construindo linhas de produção de cuidado. O mais interessante é que esta cartografia do serviço não é estática ou eterna; ela está em constante movimento e construindo novas conexões. Assim, para Franco (2006), estabelecer relações é um saber intrínseco à atividade laboral e o processo de trabalho produtivo em saúde é altamente relacional.

Merhy (1998) pontua as necessidades de mudança do modo de trabalhar na área da saúde. Entretanto para o autor as propostas levantadas dobram-se principalmente sobre as dimensões macroestruturais deste processo. Poucos têm sido aquelas que destacam a intimidade destas pretensões com a aquisição de uma capacidade teórica e operacional de ação sobre os aspectos mais micropolíticos. É claro que não podemos negar as necessidades neste setor, mas toda a problemática da saúde deve ou pode ser explicada por este viés?

Ao analisarmos as políticas de ajustes<sup>6</sup> atuais e as implicações destas nas práticas de gestão é possível perceber a situação de duplo movimento que os processos de gestão

---

<sup>6</sup> Segundo Merhy (1998), as políticas de ajustes com implicações no processo de re-ordenamento das práticas de gestão são: o desmonte de vários mecanismos estatais, a presença da lógica de mercado que dificulta a produção livre de regular o processo pela satisfação de necessidades de produção de bens e serviços, a política médico hegemônica e a prática institucional nos serviços de saúde marcada pela fragmentação do processo de trabalho, pelo não compromisso e alienação do conjunto dos trabalhadores com a produção e resultado atingindo o núcleo no cotidiano institucional.

envolvem ao nível dos serviços de saúde. Os mesmos revelam que na ação dos conjuntos dos agentes envolvidos, no cotidiano do “fazer” em saúde, encontram-se de um lado as práticas gerenciais que tomam o território de formulação e decisão de políticas como o seu campo e de outro, práticas que enfrentam o fabricar bens do trabalho em saúde. Segundo Merhy (2002) a gestão deve atuar nesta dobra, pois este é o lugar de possíveis intervenções impactantes sobre a política e o modelo de atenção a saúde.

O autor cita algumas frentes de lutas, que podem tomar quando se pretende criar processos concretos de contraposição às políticas de ajustes. São elas: A defesa da vida e da solidariedade, processos micropolíticos, que possibilitem a publicizar o espaço público da gestão, produção de novos modelos tecno-assistenciais e a tomada estratégica do processo de trabalho em saúde como analisador institucional privilegiado para orientar uma grande parte desta disputa que acontece no cotidiano dos serviços.

Nesta discussão, lembramos que Foucault (1979) demonstra entre todas as condições se deve reunir para que o processo revolucionário não seja interrompido, uma das primeiras coisas a compreender é o Poder não está localizado no aparelho duro do Estado e nada mudará na sociedade se os mecanismos de Poder que funcionam fora, abaixo, ao lado dos aparelhos de estado a um nível muito elementar, ou seja, no cotidiano, não forem modificados.

Toda análise por sua vez, deve levar em conta as distintas experiências que buscam mudança efetiva do processo de trabalho em saúde no campo micropolítico dos processos de trabalho. Pois, todo o profissional de saúde, independente do papel desempenhado, como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado e como tal deveria ser capacitado, pelo menos para atuar no terreno específico das tecnologias leves. Esta é a grande reestruturação da saúde, a saída do campo das tecnologias duras para o campo das tecnologias leves e leve-duras (FRANCO 2004, 2006, SANTOS 2009, MERHY 1998, 1999, 2002, 2007, AMARANTE 2007).

## Capítulo 2 – O cuidado dentro da visão integralista e Co-Responsável da Saúde

---

Falar de cuidado, respeitando a visão integralista e co-responsável da saúde, é o mesmo que falar de: acolhimento/atenção/interação. A clínica da saúde, como já foi debatida, não pode ser resumida a tecnologias duras que emburrecem e empobrecem a prática dos profissionais. Mas antes deve buscar a sua construção no cotidiano do fazer saúde e nas necessidades de quem demanda o serviço. (MERHY 2002, 2007).

Nesse capítulo debateremos sobre o cuidado em saúde. Falar em saúde no Brasil é ter como referencial o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS foi instituído no Brasil pela constituição Federal de 1988, após um processo histórico de lutas organizadas em torno do movimento de reforma sanitária, sintetizado pela defesa da saúde como direito de todos e dever do estado. Desde então o SUS busca implementar princípios tais como: universalidade do acesso, equidade e integralidade da atenção a saúde, descentralização da gestão setorial, regionalização e hierarquização da rede de serviços e participação popular com papel de controle social. (CAVALCANTE 2009).

Feuerwerker (2005) analisa a construção do SUS estabelecendo aproximações com a saúde privada. Para a autora, para se efetuar tal análise é necessário levar em consideração a organização (gestão), as políticas de implementação e o processo de trabalho. Ela posiciona a saúde como um compromisso democrático, que visa o direito de acesso a todos.

Para Mattos (2009) os princípios e diretrizes do SUS foram forjados no interior de um processo de luta travada pelo movimento da Reforma Sanitária desde o final dos anos setenta. Este movimento (por vezes chamado simplesmente de movimento sanitário), embora não homogêneo, produziu um amplo consenso em torno de princípios básicos que deveriam nortear a atuação do Estado, seguindo por uma compreensão ampliada da saúde e de seus determinantes sociais.

Feuerwerker (2005) argumenta que o período de construção do sistema de saúde brasileiro foi marcado pelo processo de luta pela democracia. Portanto, a saúde foi um campo em que os diferentes atores sociais comprometidos com a derrota da ditadura contaram com um discurso alternativo ao hegemônico, com formulações, proposições e com modos de fazer política compatível com a radicalidade da proposta em questão. Tanto para Mattos (2009) como para Feuerwerker (2005) o movimento sanitário brasileiro contribuiu para a formulação dos princípios que deveriam nortear a construção de um sistema de saúde, sendo estes os elementos centrais que comumente chamamos de princípios e diretrizes do SUS.

Mattos (2009), Feuerwerker (2005) e Cavalcante (2009) reconhecem que o SUS teve várias vitórias em sua implantação pelo país, assegurando acesso democrático ao serviço. Porém, o sistema privado reforça na sociedade e junto aos profissionais de saúde valores que o SUS procura desconstruir. O direito à saúde é traduzido como direito a consumir serviços médicos, procedimentos e medicamentos, já que existe uma supervalorização da especialização, dos procedimentos e da incorporação de tecnologias a qualquer preço.

Nessa perspectiva, Mattos (2009) discute sobre as noções de qualidade que se colocam em jogo no debate simbólico entre o SUS e a saúde suplementar<sup>7</sup>. De modo particular, cabe rejeitar a idéia de que a qualidade se expresse na simples possibilidade de consumo de bens e serviços de saúde. A qualidade almejada deve ter como eixo, a garantia do acesso adequado e oportuno às ações e serviços de saúde que tenham potência de responder às necessidades das pessoas.

Cavalcante (2009) trabalha com a noção da saúde como direito e não como mercadoria, o que o sistema privado quer reforçar ideologicamente. Tal posicionamento valoriza a medicalização e a realização de exames, muitas vezes desnecessários (procedimentos mais caros) além da medicalização. Dentro desta ideologia, o diálogo não é considerado terapêutico, nem possuidor de resolutividade o que perpassa toda a formação em saúde e encontra-se bastante forte na formação médica<sup>8</sup>.

É aqui que o princípio da integralidade pode nos oferecer uma chave para reconceitualizar a qualidade que aspiramos. Independentemente de seus múltiplos sentidos, para Mattos, a integralidade tem a ver com a recusa às formas de reducionismo, a começar pelo reducionismo de sujeitos a objetos. Deve-se reconhecer que as práticas de cuidado são necessariamente intersubjetivas e devem se pautar por uma perspectiva dialógica para a determinação das necessidades de ações e serviços de saúde em cada situação, tanto de grupos como de pessoas.

Nesse sentido, o termo integralidade expressa um conjunto de valores que devem pautar todas as práticas de saúde, conferindo-lhes qualidades. A transformação das práticas do

---

<sup>7</sup> Mattos (2009) quando se refere ao sistema privado de saúde, designa o nome de saúde suplementar.

<sup>8</sup> Dentro desta visão Cavalcante (2009) defende o acolhimento coletivo que se destina a garantir a universalidade com escuta qualificada de todos que chegam à unidade de saúde. Não se trata de uma triagem. Extrapola a classificação de riscos que determina a seqüência das ações na prol da recuperação da saúde. Não é uma sala de espera. É um espaço de encontro onde o conhecimento circula e não somente é transmitido dos sabidos para os ignorantes. Não é uma pré-consulta. É a integração de trabalhadores e usuários para a construção de projetos terapêuticos individuais e coletivos considerando expectativas, referências teóricas, desejos, sentimentos e experiências.

SUS pautadas pela integralidade, assim compreendida, abre uma perspectiva de reversão radical da imagem simbólica de qualidade superior da saúde suplementar.

Ainda em Mattos (2009) tomemos de modo mais restrito o sentido de integralidade<sup>9</sup> que é expresso no texto da constituição: ela estabelece que o SUS deve se pautar pelo atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das atividades assistenciais. Há uma diferença fundamental entre as atividades preventivas e as atividades assistenciais, que devem ser articuladas: é que estas se fazem diante de um sofrimento manifesto, enquanto aquelas se fazem antecipando-se ao sofrimento. Integralidade, no sentido evocado no texto constitucional, sugere que as ações e serviços devam se esforçar ao máximo para evitar o sofrimento, mas que não podem permitir que esse esforço se dê à custa da incapacidade de dar resposta ao sofrimento manifesto.

Neste ponto Mattos (2009) e Merhy (2002) propõem a elaboração de estratégias para dar conta das necessidades do usuário, não permitindo que o mesmo vá embora sem que o seu sofrimento tenha sido acolhido. Apesar do reconhecimento por Mattos de que muito pouco se conhece sobre o sofrimento provocado por nossas práticas de cuidado, o esforço de analisar as trajetórias das pessoas e seus dramas nas relações com os serviços e profissionais seria uma forma proposta pelo autor para instituir novos arranjos e novas práticas.

Neste ponto caímos em um dilema: como ampliar o acesso e transformar as práticas e as instituições de saúde e ao mesmo tempo construir práticas de cuidado/acolhimento fortemente voltadas para dar a resposta ao sofrimento das pessoas ou para evitar esse sofrimento. É esse o desafio de um SUS mais humano, segundo Mattos (2009)<sup>10</sup>.

Para Merhy (2002) o acolhimento é como um não lugar, mas o encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário, onde este tenciona a entrada na rede de saúde, tentando

---

<sup>9</sup> Segundo Franco e Magalhães (2004) para vencer os desafios de se ter uma assistência integral a saúde, começa-se pela organização dos processos de trabalho na rede básica somando-se a todas as outras ações assistenciais. Os autores propõem que imaginemos, portanto a integralidade começando pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, onde a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como o do acolhimento e vinculação de clientela, onde a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado. Este é exercido a partir dos diversos campos de saberes e práticas, onde se associam os da vigilância à saúde e dos cuidados individuais. Pretende-se recuperar o valor que têm os atos assistenciais fundantes da clínica.

<sup>10</sup> Para Mattos (2009) é importante a discussão sobre o processo de transformação, não só pela qualidade do atendimento como também por questões políticas para a própria sustentabilidade do SUS. É que, no contexto da coexistência do SUS com a saúde suplementar, o tratamento digno das pessoas é produtor de apoio político para o SUS, da mesma forma que, cada vez que tal atendimento não ocorre, contribui-se para o sonho de alguns de virem a ter um plano de saúde. Por sua vez, a melhoria da qualidade – nesse sentido de dar respostas abrangentes e produtoras de sucessos práticos sobre o sofrimento - tensiona fortemente a coexistência do setor de saúde suplementar e, portanto, deve suscitar reações contrárias. Para o autor esta talvez seja uma luta que vale a pena travar.

mostrar que merece ser cuidado. Há um apelo por meio de atos comunicativos para que determinada necessidade seja considerada.

Teixeira (apud CAVALCANTE 2009) afirma ainda que a substância do trabalho em saúde é a conversa onde se trabalha com um objeto necessariamente relacional, partilhado por todos os atores presentes. Entende, assim, a rede de atenção como uma rede de conversações que permeia todos os momentos do encontro dos trabalhadores-usuários e os fluxos da atenção. Defende, então, a compreensão do acolhimento diálogo ou do acolhimento dialogado como sendo a atitude central no trabalho vivo em ato, devendo ser orientado por posições morais e cognitivas que considerem a alteridade, a insuficiência real dos diferentes atores e a necessidade da integração dos saberes presentes.

Para Merhy (2002) e Cavalcante (2009) o acolhimento permite ainda argüir sobre o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar da acessibilidade. Teria a potência de construir vínculos e responsabilização, de provocar ruídos sobre os momentos nos quais o serviço recebe o seu usuário e evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos, produzindo novas dinâmicas instituintes de novas linhas de possibilidade para a produção do cuidado. É uma chance de modificar o serviço para uma forma usuária-centrada, reduzindo a centralidade das consultas médicas e utilizando melhor as potencialidades de outros profissionais.

Para Cavalcante (2009) o acolhimento possui três dimensões: da postura, da técnica e dos princípios de reorientação dos serviços. No acolhimento pensa as questões da subjetividade e individualidade, a busca de significados e de não-ditos. O acolhimento requer a mobilização de saberes para dar respostas, levando a uma postura de enriquecimento dos recursos terapêuticos buscando enriquecer as intervenções. O trabalho em equipe entra neste arsenal, mas busca a sua articulação, e não sua alienação. O acolhimento abre um espaço de diálogo para extirpar a alienação, respeita o sujeito, negocia necessidades e rearticula os serviços.

Se o trabalhador de saúde produz atos de saúde e seu objeto de ação é o cuidado, então a produção do cuidado assume o caráter de afirmação da defesa da vida, em detrimento da produção de procedimentos, tão necessária a produção do capital presente no complexo médico-industrial, mas distinta da aceitação da complexidade e fragilidade da vida.

Ideologicamente, o consumo de procedimentos passa a ser encarado, inclusive pela própria população, como capaz de produzir o cuidado, potência esta que existe apenas no campo da ideiação. Há um reducionismo da prática clínica simplificando a ideia da produção e

do cuidado em saúde. Os processos de trabalho se voltam para a lógica instrumental, em detrimento das abordagens mais relacionais (MERHY 2007, SANTOS 2009).

Para Franco (2006) e Merhy (2002) o desafio posto aos que trabalham com saúde é o de construir processos de produção de saúde que sejam capazes de se firmarem com novas referências para os usuários, dando a estes a segurança de que um modelo centrado nas tecnologias leves, mais relacionais tem a potência de cuidar tal como imaginam ou desejam.

Neste ponto pode se destacar um questionamento feito por Merhy (1999): acaso o sistema brasileiro perdeu a dimensão cuidadora na produção da saúde?

Um dos pontos debatidos por este autor é com relação aos desafios para com os coletivos dos trabalhadores. Afirma que, foi aprofundando nosso entendimento conceitual sobre o trabalho em saúde e as possibilidades de suas mudanças, que se percebeu a oferta de um médico de família, quase como um milagreiro, assim se desprezando a complexidade do atuar em saúde e a necessária multidisciplinaridade deste agir. Este médico que a tudo vem resolver surge em nome de uma cidadania negada e de uma “cesta básica” de saúde.

Merhy propõe que imaginemos, em primeiro lugar, que o conjunto dos trabalhos em saúde produz um produto, os atos de saúde, e que estes são considerados como capazes de intervir no mundo do que é denominado de problemas de saúde, provocando uma alteração do mesmo em torno da produção de um resultado: a satisfação de uma necessidade/direito, do usuário final. Este processo permite a produção de saúde, entendido por Merhy por graus de autonomia no modo do usuário andar na sua vida. O autor critica a visão de alguns serviços que estão centrados em procedimentos e não no usuário, sendo a sua finalidade última um paciente operado e ponto final, ou um paciente diagnosticado organicamente e ponto final.

Para o autor, a profunda crise do paradigma que estruturou o modo atual do médico trabalhar é marcada, entre outras coisas, pelo distanciamento que ele teve dos interesses dos usuários. O isolamento que produz na relação com os outros trabalhadores de saúde, leva ao desconhecimento da importância das práticas de saúde dos outros profissionais, e, predomínio das modalidades de intervenção centradas nas tecnologias duras, a partir de um saber estruturado reduzido à produção de procedimentos.

O trabalho médico, em um modelo assistencial centrado no usuário, deve ser: de tecnologia leve dependente, comprometido com uma gestão mais coletiva dos processos de trabalho no interior das equipes de saúde, de uma maneira multiprofissional e interdisciplinar e pautado por resultados em termos de benefícios gerados para os seus usuários.

Neste sentido, os recursos tecnológicos são praticamente inesgotáveis, pois é centrado no trabalho vivo que, enquanto tecnologia leve, produz um compromisso permanente com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver, autonomizar. Os modelos assistenciais desenhados

dessa forma seriam cada vez mais dependentes de uma clínica muito mais profunda e rica. Segundo Merhy, só construindo um modelo que explore positivamente a capacidade cuidadora do conjunto dos trabalhadores de saúde é que reformaremos o sistema de saúde na defesa da vida individual e coletiva.

Consideramos como vital neste caminhar apontado até agora, compreender que o conjunto dos trabalhadores de saúde apresenta potenciais de intervenções nos processos de produção da saúde e da doença marcados pela relação entre seus núcleos de competência específicos. Tudo isso associado à dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém, seja médico, enfermeiro ou um guarda da porta de um estabelecimento de saúde.

Nós, enquanto usuários, como se coloca Merhy podemos ser examinados, sem que com isso tenhamos necessidades/direitos satisfeitos. Assim o que a intervenção em saúde deve produzir? Deve-se produzir intervenção em saúde sob forma do cuidado; atuando sobre os problemas de saúde e produzindo cuidado, tendo como resultado a cura, promoção e proteção.

Para o autor, qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente produz, através de um trabalho vivo em ato, um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra. Momentos estes de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai se enfrentado, momentos de confiabilidade e esperanças, nos quais se produzem relações de vínculos e aceitação.

Assim, para Merhy, a clínica/cuidado não é só o saber diagnosticar, prognosticar e curar os problemas de saúde como uma disfunção biológica. É também um processo e um espaço de produção de relações e intervenções, que se dá de modo partilhado, e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir. Para o autor, uma das implicações mais sérias do atual modelo médico hegemônico neoliberal é a de diminuir exatamente essa dimensão tecnológica do trabalho em saúde, em particular do próprio médico. Há autores que há muito vêm advogando a noção de que a baixa incorporação do saber clínico no ato médico vem comprometendo seriamente a eficácia desta intervenção. Como uma paródia, podemos dizer que a “morte” da ação cuidadora dos vários profissionais de saúde tem construído modelos de atenção irresponsáveis perante a vida dos cidadãos.

Entendemos que os modelos de atenção comprometidos com a vida devem saber explorar positivamente as relações entre as diferentes dimensões tecnológicas que comporta o conjunto das ações de saúde. Como cita Cavalcante (2009), nenhum profissional possui todas

as ferramentas necessárias para exercer o cuidado. É necessário trabalhar em equipe. Colocar o potencial cuidador, o saber e o fazer de cada profissional que compõe a equipe de saúde em um espaço de acolhimento de necessidades de saúde, com o objetivo de integrar este trabalho, é um dos desafios do acolhimento coletivo.

### Capítulo 3 – Interdisciplinaridade: O vetor analisador para a perspectiva da integralidade e do pensamento sistêmico<sup>11</sup> nas ações em saúde

---

O hospital é a casa do médico e a psicologia está aqui pagando aluguel, no sentido assim de estar aqui para contribuir, para ajudar porque os médicos sabem que não dão conta sozinhos. Mas quem realmente é importante na história são eles, isso é algo bem visível. (entrevistado B1. TONETTO & GOMES 2007)

Esta citação, feita por uma psicóloga entrevistada na pesquisa do artigo referido, abre esse capítulo e nos introduz na reflexão sobre como se organiza e se processa o cuidar na saúde. E qual é a proposta da prática interdisciplinar no cuidar, tema que estamos abordando nesta dissertação.

Para Crepaldi (1999), antes de discutirmos a questão da prática interdisciplinar na saúde, é preciso retomar a construção do hospital moderno.

Até o século XVII, o hospital não era um instrumento terapêutico, como mostra Foucault (1979), mas sim um lugar destinado a exclusão, pois confinava no mesmo espaço todos os segmentos da sociedade que, segundo o julgamento de alguns, mereciam viver a margem do convívio social, como loucos, prostitutas, pobres, além de pessoas doentes. Outro fator importante é que esses lugares estavam ligados à igreja.

Com o advento da medicina higiênica, inaugura-se uma segunda fase, pautada na descoberta de Pasteur e a encargo de médicos europeus, a mando de autoridades de estado. O hospital é transformado em um espaço eminentemente médico e a medicina encarrega-se da anulação das contaminações e infecções, a partir do que Foucault (1979) chama de tecnologia disciplinar. Assim a medicina e a disciplina juntaram-se para dar origem ao hospital médico, que se configura como lugar de formação médica, um dispositivo essencialmente de cura, onde a morte passa a ser negada, escamoteada. Neste novo espaço, onde a eficiência técnica é de extrema relevância, a morte passa a ser vista como o fracasso da instituição médica.

A terceira fase, a do hospital moderno, segundo Crepaldi (1999), é caracterizada pelo avanço tecnológico e pela disciplinarização rígida dos espaços, separando doentes e doenças, em nome da assepsia e da preservação dos corpos. Busca-se agora a terapêutica, com vigor e

---

<sup>11</sup> Segundo Vasconcelos (2002) e Crepaldi (1999) o pensamento sistêmico propõe a mudança de foco das teorias que sustentam a clínica enquanto prática do indivíduo para os sistemas humanos, portanto, do intrapsíquico para o inter-relacional. Assim, a intervenção sistêmica entende o sujeito dentro de um contexto interacional ou interpessoal, de modo que os sintomas que este possa desenvolver sejam vistos como o resultado de suas interações dentro dos sistemas dos quais ele faz parte.

Desse modo, a intervenção sistêmica chama a atenção para aspectos que vão além do paciente e sua doença, incluindo assim a família e/ou rede social significativa, a diversidade dos outros saberes, dados da equipe e do contexto tanto hospitalares como dos sistemas mais ampliado de saúde do qual essa instituição faz parte.

afinco, cada vez mais diferenciados, negligenciando então, quase que rotineiramente, o caráter humano dos sujeitos que necessitam de cuidados em função de estarem acometidos por uma doença.

Dentro desta instituição moderna Crepaldi analisa o lugar do paciente. Para dar conta de tal análise, ela recorre a teoria de Golffman (1961 apud CREPALDI 1999) sobre o “processo de despojamento”, ou seja, o sujeito entra na instituição e é destituído das suas roupas, seus pertences, em fim de sua identidade, portanto dos atributos através dos quais o individuo se identifica, reconhece-se como pessoa. Segundo a autora, o sujeito quando entra no hospital, não leva as marcas da sua identidade, seus objetos, sua família, em fim sua “pessoa”. Transforma-se então em uma doença, em um órgão doente, em um número de leito. Em função da cura e da conservação do corpo, perde-se a dimensão de totalidade do homem e sua condição de ser humano, para torna-se um corpo passível de ser curado. Tratando o homem desta forma o hospital perdeu o caráter acolhedor e hospitaleiro, que lhe conferia o dispositivo religioso.

Nesta conjectura, Crepaldi afirma que há uma dualidade no hospital moderno, uma dicotomia entre o avanço técnico-científico e a dimensão humanizadora da assistência, como se ambos caminhassem separadamente. A autora deixa bem claro que essa dualidade não contribui para o aprimoramento das práticas de saúde, muito pelo contrário.

Ao questionarmos a perda da dimensão humanizadora do hospital, questiona-se as práticas dos profissionais e as condutas que lesam os direitos dos usuários. Para Crepaldi em primeiro lugar é necessário pensar como os profissionais desumanizam-se mutuamente no cotidiano do hospital, sem que tenham consciência de seus atos, antes mesmo de se falar em desumanização do atendimento.

Para dar conta desta questão, o governo criou a Política Nacional de Humanização (PNH). Para Santos (2009) esta se constitui com base em um conjunto de princípios e diretrizes que operam por meio de dispositivos. No caso da PNH, o movimento a que se propõe é o da mudança dos modelos de atenção e gestão fundados na racionalidade biomédica (fragmentados, hierarquizados, centrados na doença e no atendimento hospitalar). Afirma-se como política pública de saúde com base nos seguintes princípios: a inseparabilidade entre clínica e política, o que implica a inseparabilidade entre a atenção e gestão dos processos de produção de saúde, e a transversalidade, entendida como aumento do grau de abertura comunicacional nos grupos e entre grupos, isto é ampliação das formas de conexão intra e intergrupos, promovendo mudança nas práticas de saúde.

Em alguma medida, segundo Santos (2009), a contribuição da PNH assume um caráter singular, haja vista que sua finalidade tem sido alterar a maneira de trabalhar e de interferir nos processos de trabalho no campo de saúde. As formas de trabalhar que superam as dissociações entre os que pensam e os que fazem, entre os que planejam e os que executam, entre os que geram e os que cuidam. Parte-se do entendimento do trabalho como atividade situada, como espaço coletivo de produção de saberes, de negociação e gestão.

Mas de que prática, Santos (2009) e Crepaldi (1999) tratam ao propor um olhar que transcenda a doença? Ou melhor, o que seria ampliar as formas de conexão intra e intergrupos, promovendo mudança nas práticas de saúde?

Dentro da análise de Merhy (1999), as ações de saúde operam em um terreno tensional, constituídos em três campos: a disputa pelo poder e constituição política; a lógica tensional de agir em saúde, delimitado hegemonicamente pela produção de atos de saúde no terreno do trabalho vivo em ato, que consome trabalho morto, visando a produção do cuidado; e a formação das organizações de saúde em território tensional em si, pois se constitui em espaços de intervenção de sujeitos coletivos inscritos a partir de suas capacidades de se autogovernarem, disputando o caminhar do dia a dia.

Merhy (1999, 2003) confere características distintas à micropolítica em relação a outras configurações do ato de produzir saúde. Sua marca central é entendida como de um processo de produção sempre a operar em alto grau de incerteza e marcado pela ação territorial dos atores em cena, no ato intercessor<sup>12</sup> do agir em saúde.

Assim, o campo de saúde é definido como um espaço em aberto para a exploração das potências nele inscritas, podendo funcionar como agentes disparadores de novas subjetividades (MERHY 2003). O objetivo é gerar um espaço em que os trabalhadores possam produzir saúde e gerenciar o cuidado, sem a clínica restrita do médico.

Combater a restrição ou a fragmentação do conhecimento é um dos objetivos da interdisciplinaridade (MORIN 2000, ALMEIDA 2005).

More e outros (2009) criticam o modelo biomédico presente no hospital. Tal modelo se ancora nos pressupostos epistemológicos da ciência tradicional: simplicidade, estabilidade e/ou previsibilidade e objetividade. A sustentação desses pressupostos na prática hospitalar se evidencia através de práticas direcionadas ao paciente e a doença, desconsiderando, na maioria das vezes, dados do contexto da instituição, como as relações interpessoais nas quais se insere o paciente.

---

<sup>12</sup> A definição de Intercessor (es) para Merhy (2002), já foi explicada no capítulo 1.

Cabe ainda lembrar, segundo a autora, que a passagem para um pensamento que contemple a dimensão da complexidade não implica apenas uma mudança de paradigmas, mas representa uma transformação global de forma de experimentar o mundo, de construí-lo nas interações, de produzir e validar conhecimento. Assim, contextualizar o objeto em estudo significa tirar o foco de um único elemento e colocá-lo nas interações de todos os elementos envolvidos.

Tal postura no campo do hospital, segundo a autora, amplia o foco de atenção. O planejamento reflete sobre uma ação de intervenção implicada em sustentar a postura do olhar da “clínica ampliada”<sup>13</sup>, incluindo dados contextuais e que vão além do paciente e de sua doença e ou sua queixa. Quando se concorda com este olhar, se está concomitantemente aceitando a realidade hospitalar como multifacetada e complexa.

A partir do reconhecimento de que as ações em saúde, independente do nível em que elas aconteçam, precisam ser contextualizadas e olhadas na perspectiva da integralidade, exigem-se novas metodologias de abordagem para se poder contemplar a articulação entre os componentes da saúde na sua concepção ampliada, as questões sociais e o meio ambiente. Conseqüentemente os conceitos de multiprofissionalidade e de interdisciplinaridade sobressaem como elementos-chaves para sustentar práticas sob a perspectiva da complexidade.

O desafio para uma equipe de saúde abrace esta lógica de trabalho são inúmeros. Segundo More e outros (2009) é possível destacar, à luz do pensamento sistêmico, três desafios que são fundamentais: o conhecimento e desenvolvimento do processo de trabalho na perspectiva da integralidade das ações de saúde que abordamos no Capítulo 1; gerar condições para ações de saúde que impliquem a humanização, para dar protagonismo a todos os envolvidos visto no Capítulo 2 e, com efeito, reconhecimento do outro como um construtor do que é realizado no hospital e a adoção da postura interdisciplinar, promovendo ações que se ancorem na condição de aceitação das diferenças dos saberes que se conjugam numa equipe.

Segundo Almeida Filho (2005) para que de fato haja a proposta interdisciplinar nos serviços de saúde, não basta uma simples aproximação das disciplinas; é preciso evidenciar as lógicas da produção dos discursos compreendendo como estes conformaram o seu objeto de estudo. O objetivo é realizar uma prática sem monopólios de saberes, projetando-os numa mesma dimensão epistemológica, sem negar os limites e especificidade nas disciplinas,

---

<sup>13</sup> Refere-se a uma postura de maior abrangência.

buscando uma unidade, submetendo o trabalho científico ao controle de “muitos”, através da proposta interdisciplinar. Para que isto ocorra é necessário o reconhecimento dos limites dos pesquisadores, das disciplinas e dos próprios campos de conhecimento e um diálogo crítico buscando uma linguagem comum apontando para uma visão humanitária como fim de todo o conhecimento.

Segundo Crepaldi (1999) o trabalho interdisciplinar é uma alternativa importante para resolver não apenas os problemas da assistência, mas também os problemas que ocorrem no âmbito das relações interprofissionais.

Na medida em que cada profissional torna-se consciente de que não pode, por motivos técnicos ou pessoais, enfrentar certos obstáculos por si só, e para isso solicita a ajuda da equipe de trabalho, ou por sua vez se dispõe a tornar a resolução do problema como uma tarefa de equipe, tem-se o exercício da interdisciplinaridade, mesmo que a solução do problema não seja clara, a priori. (CREPALDI 1999. p. 93)

Para a autora, a interdisciplinaridade configura-se como um motivo poderoso que a equipe de saúde possui para o manejo de situações desde as mais simples até as mais polêmicas, promovendo um atendimento mais ético e eficaz. Ocorre que, na maioria das vezes, a equipe não sabe utilizar-se desta ferramenta.

Loch-Neckel e outros (2010) complementam afirmando que a possibilidade de experienciar o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar capacita os profissionais para a mudança no modelo assistencial, tanto os que atuam no serviço público, quanto os que atuam no serviço privado. Discutindo as dificuldades para tal atuação, o autor argumenta que um dos principais fatores que dificultam a prática da interdisciplinaridade no trabalho das equipes é a formação dos profissionais de saúde, que prioriza conhecimentos técnicos adquiridos e desconsidera práticas populares da comunidade na qual a equipe está inserida. Além disso, privilegia o trabalho individual em relação ao coletivo, o que prejudica a integração da equipe e a aplicação da prática necessária.

Para este autor conceituar a interdisciplinaridade não é tarefa fácil, pois se trata de um assunto vasto e complexo, o que dá margem para múltiplas formas de interpretação. Esta dificuldade acentua-se ainda mais na prática. O que ocorre nos serviços de saúde, na sua maioria, são encontros multidisciplinares, em que os profissionais permanecem com suas práticas individuais, distanciando-se do trabalho interdisciplinar.

Segundo Zannon (apud LOCH- NECKETL E OUTROS 2010) a interdisciplinaridade é composta por ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas, de profissionais de diferentes procedências quanto à área básica do conhecimento. Tal prática envolve criatividade, originalidade e flexibilidade frente à diversidade de formas de pensar, aos problemas e suas soluções.

Segundo Loch-Nekel e outros (2010) em todos os níveis de atenção a saúde, percebe-se a necessidade do trabalho interdisciplinar uma vez que é justamente a partir de tal trabalho que se almeja alcançar uma abordagem integral sobre os fenômenos que interferem na saúde na população. Afirmam ainda que um dos aspectos centrais na configuração do trabalho em equipe é conhecer o trabalho dos outros. O trabalho em equipe torna-se possível com base na convivência, no relacionamento e na troca de informações. Assim, pode se dizer que a prática interdisciplinar, possibilita a formação de relações horizontais no interior das equipes, com o reconhecimento da competência de cada membro e a busca através do diálogo, da definição de uma ação em conjunto e não apenas justaposições de todos os integrantes.

No âmbito da gestão, paradoxalmente, não há iniciativas para a ampliação da equipe mínima (multiprofissional), embora as políticas públicas tenham um enfoque na integralidade e na interdisciplinaridade como forma de qualificar a assistência em saúde. (ibdem)

É necessário que cada especialidade ultrapasse sua área de formação e competência, evidenciando seus próprios limites e buscando a contribuição de outras disciplinas, respeitando o território de cada campo de conhecimento e, ainda, distinguindo os pontos que os unem e os que diferenciam. Essa é a condição necessária para detectar as áreas em que se possam estabelecer as conexões possíveis. (LOCH- NECKETL E OUTROS 2010)

Gomes e Tonetto (2007) realizaram uma pesquisa sobre a interação estabelecida no hospital entre a psicologia e a enfermagem para identificar aspectos capazes de promover a ação multidisciplinar. Para tal análise, os autores realizaram entrevistas com vários profissionais da área para observar o que cada um entende e observa do seu trabalho em equipe. Dentro das dificuldades encontradas eles ressaltam, no âmbito hospitalar, a falta de clareza quanto às atribuições dos diferentes profissionais; a falta de uma linguagem clara e objetiva; a falta de canais de comunicação que permitam esclarecer, divulgar e tirar dúvidas com relação à sua prática e à discriminação hierárquica.

A conclusão da pesquisa é que os serviços de saúde contam hoje com um conjunto diversificado de profissionais em condições de oferecer atendimentos de altíssima qualidade. A articulação desses atendimentos em equipes multidisciplinares sistematiza o trabalho, melhora os resultados e reduz os custos. Para os autores, as ações multidisciplinares, apesar dos desafios, apresentam-se como uma forma promissora e irreversível de atendimento na área da saúde.

A prática interdisciplinar gera questionamentos, vetores que atravessam questões enraizadas e endurecidas. Segundo Albuquerque (2009) esta se dispõe como configuração de

modos de trabalhar com encontros, diálogos e conexões entre os saberes. Assim, proporciona um contexto interacional ou interpessoal, que vai além da doença, valorizando a visão integral do sujeito. Devolve ao profissional de saúde a sua “humanidade”<sup>14</sup> e ao usuário a sua dignidade.

Pode-se então resumir que a interdisciplinaridade na saúde proporciona questionamentos que atravessam o processo de trabalho, promovendo reflexões quanto ao conceito de cuidar e acolher. Sempre apoiando a sua prática no atravessamento da hierarquia, promovendo a comunicação horizontal e tendo como objetivo final alcançar a prática transdisciplinar.

Nos capítulos teóricos foi possível observar que as necessidades de mudança, do modo de trabalhar na área da saúde, debatida pelos autores, dobram-se principalmente sobre as dimensões micro estruturais deste processo. O que demonstra que os problemas de saúde não serão resolvidos totalmente com o aumento do financiamento ou do salário oferecido aos profissionais.

A crise está na organização do processo de trabalho, que oferece um serviço fragmentado e descontinuo. A proposta dos autores é ampliar o conceito de cuidado, acolhimento e autonomia que vá além da medicação. Passa por tanto, pela noção de produção de vínculos, por deixar se afetar. A questão debatida aqui atravessa o processo de trabalho, que organiza a noção de cuidado que busca superar a fragmentação do conhecimento e hiperespecialização, debatida pela prática interdisciplinar, que busca um atravessamento dos saberes e o diálogo horizontal entre os mesmo

Na metodologia será investigado como a questão da interdisciplinaridade se apresenta em determinadas bases de dados. A percepção do estado da arte em periódicos sobre esse tema pode revelar em que medida a produção científica sobre interdisciplinaridade reflete os avanços e dificuldades encontradas na saúde. Para tanto foram selecionados alguns descritores para nortear a pesquisa, como será visto a seguir.

---

<sup>14</sup> Ao falar em devolver a humanidade do profissional de saúde, quis referir ao contra ponto da visão médica-hegemônica, em que o profissional de saúde tudo sabe, nada sente e tudo pode. A prática interdisciplinar pressupõe ser impossível alguém tudo saber, sendo assim necessária a colaboração do outro.

## Capítulo 4 – Metodologia

---

Neste estudo realizou-se uma revisão integrativa acerca da comunicação horizontal<sup>15</sup> entre os profissionais de saúde que compõe uma equipe interdisciplinar nos últimos cinco anos (2005-2010). As pesquisas de revisão bibliográficas, segundo Canoletti (2008), objetivam a reunião em si das pesquisas de outros autores, que podem ser localizadas em bancos de dados, sejam estes impressos ou eletrônicos, na intenção de embasar teoricamente determinado assunto. Permitem que o conhecimento seja aprofundado, aperfeiçoando teorias e subsidiando mudanças no cotidiano que permeiam a realidade do objeto de estudo, assim como permitem a divulgação do conhecimento conceitual relacionado ao tema.

Silveira (2005) pontua que uma revisão integrativa sumariza as pesquisas já concluídas e permite obter conclusões a partir de uma gama de estudos em um tema de interesse.

As pesquisas que se propõem a realizar um levantamento bibliográfico têm três caminhos metodológicos a seguir: a revisão integrativa, a revisão narrativa e revisão sistemática. (CANOLETTI 2008, SILVEIRA 2005).

A revisão narrativa é análise de uma ampla gama de artigos, com o objetivo de descrever e discutir o desenvolvimento de determinado assunto ou do objeto de estudo, seja de maneira teórica ou conceitual. Segundo Canoletti (2008) sua particularidade em relação aos demais tipos de revisão bibliográfica é ausência de informações relativas as fontes de informação, a metodologia de busca ou os critérios de seleção e análise.

Para Rother (2007) a revisão sistemática da literatura se propõe a uma revisão planejada, tendo como objetivo atender as questões específicas, determinadas no início da pesquisa e denominada como as questões de investigação, a partir de uma metodologia explicativa e sistemática de identificação, seleção e análise crítica do material.

Rother propõe um quadro didático para se diferenciar a pesquisa narrativa da pesquisa sistemática.

---

<sup>15</sup> É importante ressaltar o que nesta pesquisa chama-se de comunicação horizontal, Guatarri denomina de vetores transversais que cortam o plano estudado.

<b>Itens</b>	<b>Revisão Narrativa</b>	<b>Revisão Sistemática</b>
<b>Questão</b>	Ampla	Específica
<b>Fonte</b>	Freqüentemente não especificada, potencialmente com viés	Fontes abrangentes, estratégias de busca explícita
<b>Seleção</b>	Freqüentemente não-especificada potencialmente com viés	Seleção baseada em critérios aplicados uniformemente
<b>Avaliação</b>	Variável	Avaliação criteriosa e reprodutível
<b>Síntese</b>	Qualitativa	Quantitativa
<b>Inferências</b>	Às vezes baseadas em resultados de pesquisa clínica	Freqüentemente baseadas em resultados de pesquisa clínica

A revisão integrativa para Silveira (2005) propõe-se a sintetizar os resultados de pesquisas científicas finalizadas, elaborando conclusões globais acerca do objeto. Exige os mesmos padrões de rigor, clareza e replicação que são utilizados nos estudos que analisa. Nesta modalidade de revisão deve-se: declarar o assunto ou tema estudado, incluir todos os estudos encontrados, e do contrário justificar os métodos de amostragem e critérios de inclusão utilizados.

Ganong (1887 apud SILVEIRA 2005) propõe algumas tarefas didáticas para o desenvolvimento da metodologia de revisões integrativas;

<b>Tarefas para pesquisa integrativa</b>	<b>Descrição</b>
<b>Selecionar as hipóteses ou questões para a revisão</b>	Esta primeira fase compreende formular o propósito da revisão e propor questões relacionadas a serem respondidas ou hipótese a serem testadas
<b>Estabelecer critérios para a seleção da amostra</b>	Quais são os critérios de inclusão ou exclusão usados na pesquisa
<b>Representar as características da pesquisa original</b>	Representação das características é análoga a coleta de dados e ao relato dos dados da revisão
<b>Analisar os dados</b>	Não há uma técnica utilizada para a análise dos dados, o importante é que seja feito de forma sistemática
<b>Interpretar os resultados</b>	É comparável a discussão dos resultados
<b>Apresentar a revisão</b>	A revisão deve ser apresentada de forma mais clara e completa possível. Deve conter informações suficientes de modo que o leitor possa criticamente examinar as evidências encontradas

#### 4.1 Questões e Hipóteses

Para o delineamento do estudo, foi definida como pergunta norteadora: quais são as concepções e as respectivas características das pesquisas sobre a comunicação horizontal dos profissionais de saúde que compõe uma equipe interdisciplinar?

Como foi demonstrado no capítulo 3, para que se tenha uma prática interdisciplinar é necessário estabelecer um campo de troca baseado no diálogo. A partir desta afirmação surgiram alguns questionamentos que impulsionaram este trabalho: Como esta organizada a comunicação dos profissionais de saúde? Haveria de fato um campo de troca de saberes construído na prática do profissional de saúde? Haveria uma diferença entre o discurso e a prática dos profissionais?

Segundo Canoletti (2008) definir o conceito que se deseja estudar implica diretamente no rigor metodológico de uma pesquisa. Os conceitos apresentam características particulares para que possam ser bem definidos, e a principal é a clareza, sendo esta o embasamento necessário para que, dentre vários, se consiga reconhecer um fenômeno específico, o objeto de estudo, a partir de sua definição.

## 4.2 Critérios para a seleção dos estudos

Frente ao objetivo do estudo (a comunicação horizontal interdisciplinar na saúde), o levantamento bibliográfico foi realizado na internet, pela BIREME, no banco de dados SciELO<sup>16</sup>, LILACS<sup>17</sup> (Literatura Latino-America em Ciências de Saúde), Biblioteca Digital de Teses e dissertações que reúne o acervo da USP<sup>18</sup> e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Unicamp<sup>19</sup>.

O projeto de pesquisa considerava mais duas bases Medline e Portal CAPES, o que não aconteceu. A justificativa é que no Medline, os artigos disponíveis pela BIREME, estão compreendidos do período de 1996 a 2009, o que não corresponderia ao critério de seleção estabelecido nesta pesquisa e ao pesquisar no LILACS foi possível observar que grande parte dos artigos selecionados estavam disponíveis também na base CAPES.

Com base na Fundamentação Teórica, foram selecionados os seguintes Descritores que orientaram as buscas nas bases de dados:

- 1- Interdisciplinaridade e cuidado;
- 2- Interdisciplinaridade e processo de trabalho;
- 3- Interdisciplinaridade e comunicação;
- 4- Interdisciplinaridade transdisciplinaridade;
- 5- Interdisciplinaridade e transversalidade.

A pesquisa pode ser dividida em três etapas:

1ª - Busca em cada base de dados, a partir dos descritores. Para essa busca foram considerados os seguintes critérios para a seleção da amostra, seguidos rigorosamente em cada base de dados:

- 1- Artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais e as duas bases de dissertações e tese nacionais. A escolha por esse tipo de publicação deve-se ao fato de que esses documentos são mais acessíveis aos profissionais de saúde, tendo em vista que são bases de referencia e de acesso gratuitos.
- 2- Documentos que abordem a temática da interdisciplinaridade na saúde, sem delimitar uma área ou prática específica.

---

<sup>16</sup> [www.scielo.br](http://www.scielo.br)

<sup>17</sup> [www.bases.bvs.br](http://www.bases.bvs.br)

<sup>18</sup> [www.theses.usp.br](http://www.theses.usp.br)

<sup>19</sup> [www.unicamp.br](http://www.unicamp.br)

- 3- Documentos publicados no período de 2005 a 2010. Não houve a intenção de observar nos documentos a evolução de conceitos ou questões. Foi tratado o conjunto lido como uma pequena amostra do universo de matérias publicadas nessas bases, como a visão de como se organiza a comunicação horizontal dos profissionais de saúde que compõe uma equipe interdisciplinar, de acordo com a pesquisa de Silveira (2005).
- 4- Em todos os documentos que foram selecionados não se considerou como critério de exclusão o método de pesquisa utilizado, pelo contrário, este fator foi usado como um vetor analisador.
- 5- Após a seleção dos artigos, todos foram lidos na íntegra e resumidos. No caso das dissertações e teses, foi lido o resumo e a conclusão do trabalho. Na apresentação dos dados e análise crítica, é apresentado de forma detalhada como foi feita a pesquisa em cada base de dados, descrevendo todas as particularidades.
- 6- Os artigos que se apresentaram mais de uma vez em bases diferentes de pesquisa ou na mesma base, porém em descritor diferente, foram citados somente uma vez.

2ª - Resumo de cada documento.

3ª - Discussão de cada descritor em sua base respectiva de pesquisa, a partir dos seguintes vetores:

- 1- Como o artigo relaciona a interdisciplinaridade e o descritor?
- 2- Como o artigo trata a questão da comunicação entre os profissionais da saúde?
- 3- O artigo trata de uma pesquisa em campo ou discorre sobre a questão teórica?
- 4- Quais são os vetores, que não estão aqui relacionados, que se repetem nos artigos de uma forma geral?

Segundo Canoletti (2008) a dificuldade em se replicar um estudo bibliográfico está exatamente na ausência de regras que uniformizem os descritores e as palavras-chaves dos diversos bancos de dados. Nesta pesquisa observaram-se diferenças importantes entre os bancos de dados. Bancos como SciELO são mais fáceis de pesquisar, o site foi formulado didaticamente o que faz com que se perca menos tempo e potencialize a sua pesquisa. Já o LILACS é confuso e de difícil compreensão. Porém como perceberão na busca feita nesta pesquisa a segunda base apresentou-se mais atualizada no tema buscado.

### 4.3 Amostra do estudo

Na busca geral foram encontrados 225 documentos. Embora o número de artigos encontrados seja grande, na aplicação dos critérios de seleção esse número cai consideravelmente. Um dado interessante é que havia um número maior de artigos que tratavam a questão da interdisciplinaridade na educação de forma geral do que artigos que tratavam deste assunto na saúde.

Os registros selecionados na busca ativa de artigos através dos bancos de dados eletrônicos totalizaram, então as 225 publicações apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição de documentos encontrados segundo os descritores e banco de dados. Rio de Janeiro 2011.

Descritores	SciELO	LILACS	USP	Unicamp	Total
Interdisciplinaridade e cuidado	15	27	2	3	47
Interdisciplinaridade e Processo de trabalho	1	41	2	24	68
Interdisciplinaridade e comunicação	15	40	5	10	70
Interdisciplinaridade e transdisciplinaridade	16	17	1	0	34
Interdisciplinaridade e transversalidade	2	2	0	2	6
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>127</b>	<b>8</b>	<b>39</b>	<b>225</b>

Os resumos dos 225 registros encontrados foram lidos, e a partir da leitura foram selecionados aqueles cujo título e/ou resumo colocavam a interdisciplinaridade na saúde como o objeto de estudo, ou como uma das questões de análises os descritores indicados. Desta forma, os documentos selecionados se reduziram a um total de setenta e cinco publicações (tabela 2).

Vale ressaltar que algumas dessas publicações já foram usadas na fundamentação teórica e também na formulação da metodologia deste trabalho.

Tabela 2 – Distribuição de documentos selecionados segundo os descritores e banco de dados. Rio de Janeiro 2011.

Descritores	SciELO	LILACS	USP	Unicamp	Total
<b>Interdisciplinaridade e Cuidado</b>	8	14	2	0	<b>24</b>
<b>Interdisciplinaridade e Processo de trabalho</b>	0	11	1	4	<b>16</b>
<b>Interdisciplinaridade e Comunicação</b>	3	16	1	1	<b>21</b>
<b>Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade</b>	4	6	1	0	<b>11</b>
<b>Interdisciplinaridade e Transversalidade</b>	1	2	0	0	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>47</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>75</b>

#### 4.3.1 Representação das características da pesquisa

#### 4.3.2 Pesquisa a base de dados do SciELO<sup>20</sup>

A primeira base a ser pesquisada foi a Revista on-line SciELO. A Scientific Electronic Library Online - SciELO é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros

A SciELO é o resultado de um projeto de pesquisa da FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, em parceria com a BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. A partir de 2002, o Projeto conta com o apoio do CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

O Projeto tem por objetivo o desenvolvimento de uma metodologia comum para a preparação, armazenamento, disseminação e avaliação da produção científica em formato

<sup>20</sup> As informações sobre o SciELO estão disponíveis no site da base.

eletrônico. Com o avanço das atividades do projeto, novos títulos de periódicos estão sendo incorporados à coleção da biblioteca. Atualmente a base dispõe de 246 revistas científicas.

O objetivo é implementar uma biblioteca eletrônica que possa proporcionar um amplo acesso a coleções de periódicos como um todo, aos fascículos de cada título de periódico, assim como aos textos completos dos artigos. O acesso aos títulos dos periódicos e aos artigos pode ser feito através de índices e de formulários de busca.

O site da SciELO é parte do Projeto FAPESP/BIREME/CNPq e um dos produtos da aplicação da metodologia para preparação de publicações eletrônicas em desenvolvimento, especialmente o módulo de interface Internet.

Este site é constantemente atualizado tanto no seu formato como no seu conteúdo, de acordo com os avanços e os resultados do projeto.

### ***Como a pesquisa nesta base de dados foi realizada***

Ao entrar no SciELO Brasil há três opções de pesquisas com as suas subdivisões. Periódicos (lista alfabética, lista por assuntos e pesquisa de títulos), Artigos (índice de autores, índice de assuntos e pesquisa de artigos) e Relatórios (uso do site, citações em revistas e co-autoria). Foi selecionada a subdivisão índices de assuntos da opção artigos.

Ao entrar nesta opção há duas opções de pesquisas novamente com subdivisões. Periódicos (alfa, assunto e pesquisa) e Artigos (autor, assunto e pesquisa). Foi selecionada a subdivisão pesquisa da opção artigos.

Ao selecionar a subdivisão pesquisa, abre uma tela de formulário avançado de pesquisa, com opção de busca com até três descritores. Porém para esta pesquisa só foram usados dois.

Tabela 1 – Resultados da pesquisa.

<b>Descritores</b>	<b>Artigos encontrados</b>	<b>Nº de artigos selecionados</b>	<b>Revistas</b>
<b>Interdisciplinaridade e Cuidado</b>	15	8	Texto e contexto- Enfermagem Revista de nutrição Revista Latino-Americana de Enfermagem Revista Brasileira de Enfermagem Ciência e saúde Coletiva
<b>Interdisciplinaridade e Processo de trabalho</b>	1 <sup>21</sup>	Nenhum artigo selecionado	
<b>Interdisciplinaridade e Comunicação</b>	15	3	Revista da escola de enfermagem da USP Revista CEFAC Ciência e Saúde Coletiva
<b>Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade</b>	16	4	Saúde e sociedade Revista Brasileira de Educação Médica Interface-Comunicação, Saúde, Educação
<b>Interdisciplinaridade e Transversalidade</b>	2	1	Texto e contexto- Enfermagem

<sup>21</sup> O artigo encontrado não foi selecionado, pois o ano de publicação era de 1999.

Gráfico 1 – Artigos encontrados e selecionados.

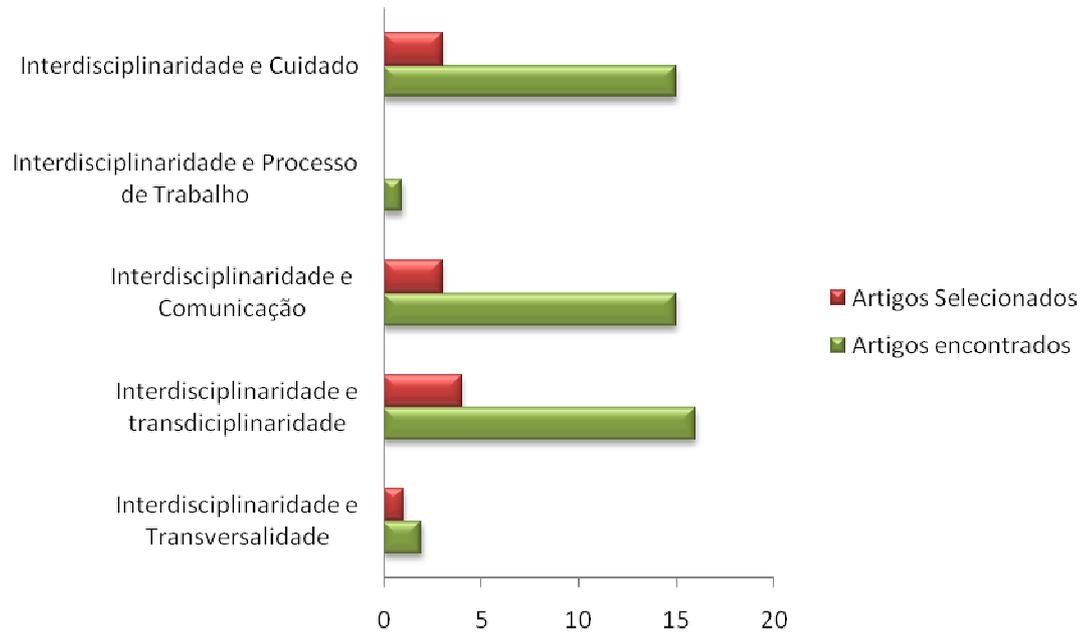
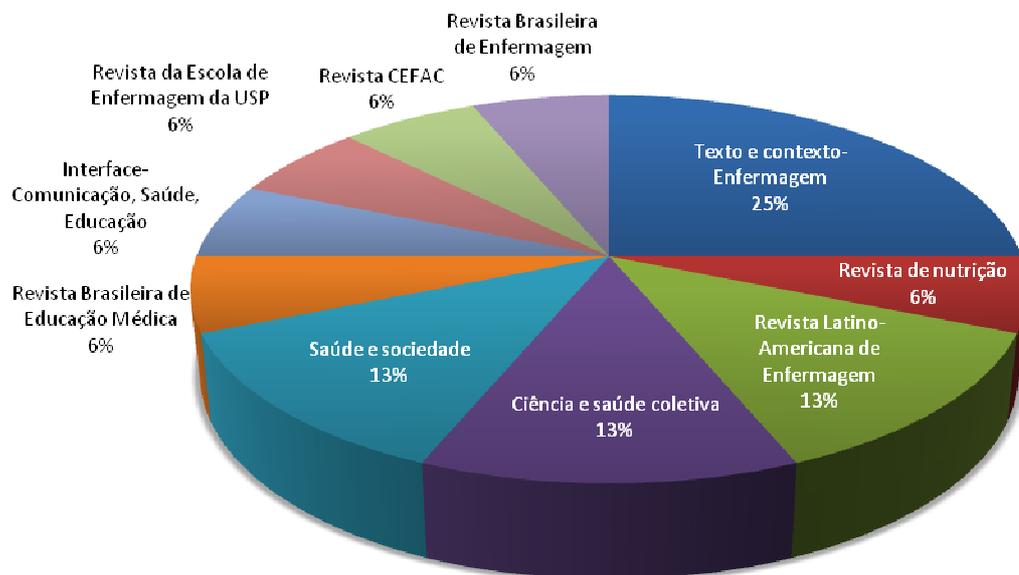


Gráfico 2 – Revistas com artigos selecionados.



### 4.3.3 Pesquisa a base de dados LILACS

LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) é um índice bibliográfico da literatura relativa às ciências da saúde, publicada nos países da América Latina e Caribe, a partir de 1982. É um produto cooperativo da Rede BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Em 2009, LILACS atinge 500.000 mil registros bibliográficos de artigos publicados em cerca de 1.500 periódicos em ciência da saúde, das quais aproximadamente 800 são atualmente indexadas.

LILACS também indexa outros tipos de literatura científica e técnica como teses, monografias, livros e capítulos de livros, trabalhos apresentados em congressos ou conferências, relatórios, publicações governamentais e de organismos internacionais e regionais. LILACS pode ser acessada para pesquisa bibliográfica no Portal Global de BVS e os registros são também indexados no Google.

#### ***Como a pesquisa foi realizada***

O acesso a base LILACS foi pelo site da BVS, que disponibiliza a pesquisa não só ao LILACS como a outras bases.

Ao entrar no BVS, seleciona-se a base de dados, pesquisa bibliográfica. Irá aparecer uma relação de bases a serem pesquisadas. Ao selecionar o descritor na opção: *pesquisar por:* e selecionar a opção: *em todas as palavras*, a base mostra todos os periódicos encontrados em cada base de dados. Em seguida é preciso clicar em cima da base escolhida e abrirá a relação dos resumos dos periódicos selecionados, com o link para o acesso completo do artigo. Nem todos têm o seu acesso liberado de forma gratuita, para alguns é preciso pagar.

Tabela 1 – Os resultados da pesquisa.

Descritores	Artigos encontrados	Artigos selecionados	Revista
<b>Interdisciplinaridade e Cuidado</b>	27	14 <sup>22</sup>	Rev. Mineira de Enfermagem Cad. Saúde Coletiva Ciências Saúde Coletiva Rev. Eletrônica Enfermagem Rev. Bras. de Educação Médica Rev. Latino Amer. Enfermagem Texto e Contexto- Enfermagem Rev. Nutrição Rev. Bras. Enfermagem Nursing
<b>Interdisciplinaridade E Processo de trabalho</b>	41	11 <sup>23</sup>	Rev. Escola de Enfermagem Cogitare- Enfermagem Texto e Contexto- Enfermagem Saúde Sociedade Mundo da Saúde Rev. Gaucha de Enfermagem Ciência e Saúde Coletiva Divulgação Saúde e Debate <sup>24</sup>
<b>Interdisciplinaridade e Comunicação</b>	40	16 <sup>25</sup>	Ciência e Saúde Coletiva Rev. Eletrônica de Enfermagem Cogitare Rev. Latino Americana de Enfermagem Cad. Saúde Coletiva Cefac Texto e Contexto- Enfermagem Saúde Sociedade Comunicação, Saúde e Educação Rev. Rene Rev. Brasileira de Ed. Médica

<sup>22</sup> Dos quatorze artigos selecionados, nove já foram analisados na pesquisa ao SciELO. São estes: Berardinelli, L. M, 2005, Pavarini, S. C. L, 2005, Saube, R, 2006, Menossi, M. J, 2008, Olschowsky, A, 2007, Lorenzi, D. R. S, 2009, Motta, L, Branco, 2008, Campos, S. H, 2006.

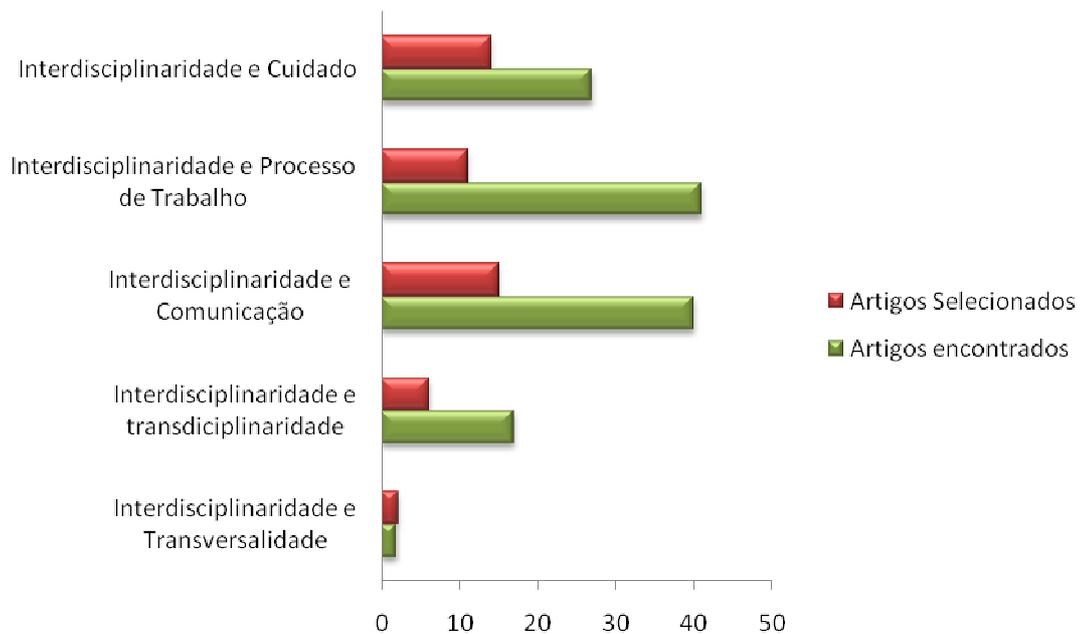
<sup>23</sup> Dos Onze artigos selecionados, dois já foram analisados. Um na pesquisa ao SciELO, Carvalho (2006) e o Saintrain (2008) no descritor: interdisciplinaridade e cuidado, do LILACS

<sup>24</sup> Este artigo foi selecionado pelo seu resumo, pois o texto completo não estava disponível.

<sup>25</sup> Dos dezesseis artigos selecionados, dez já foram analisados, sendo que seis ao SciELO e quatro em outros descritores na pesquisa ao LILACS. São Estes: Canesqui (2010), Souza (2009), Mancopes (2009), Bagnato (2007), Menossi (2008) Olschowsky (2007), Carvalho (2007) Berardinelli (2005), Saube (2006) Almeida Filho (2005).

<b>Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade</b>	17	6 <sup>26</sup>	Interface Rev. Bras. Educação Médica Saúde e Sociedade Rev. Ciências Médicas Psicologia da USP
<b>Interdisciplinaridade e Transversalidade</b>	2	2 <sup>27</sup>	Rev. Baiana de Saúde Pública Texto e Contexto- Enfermagem

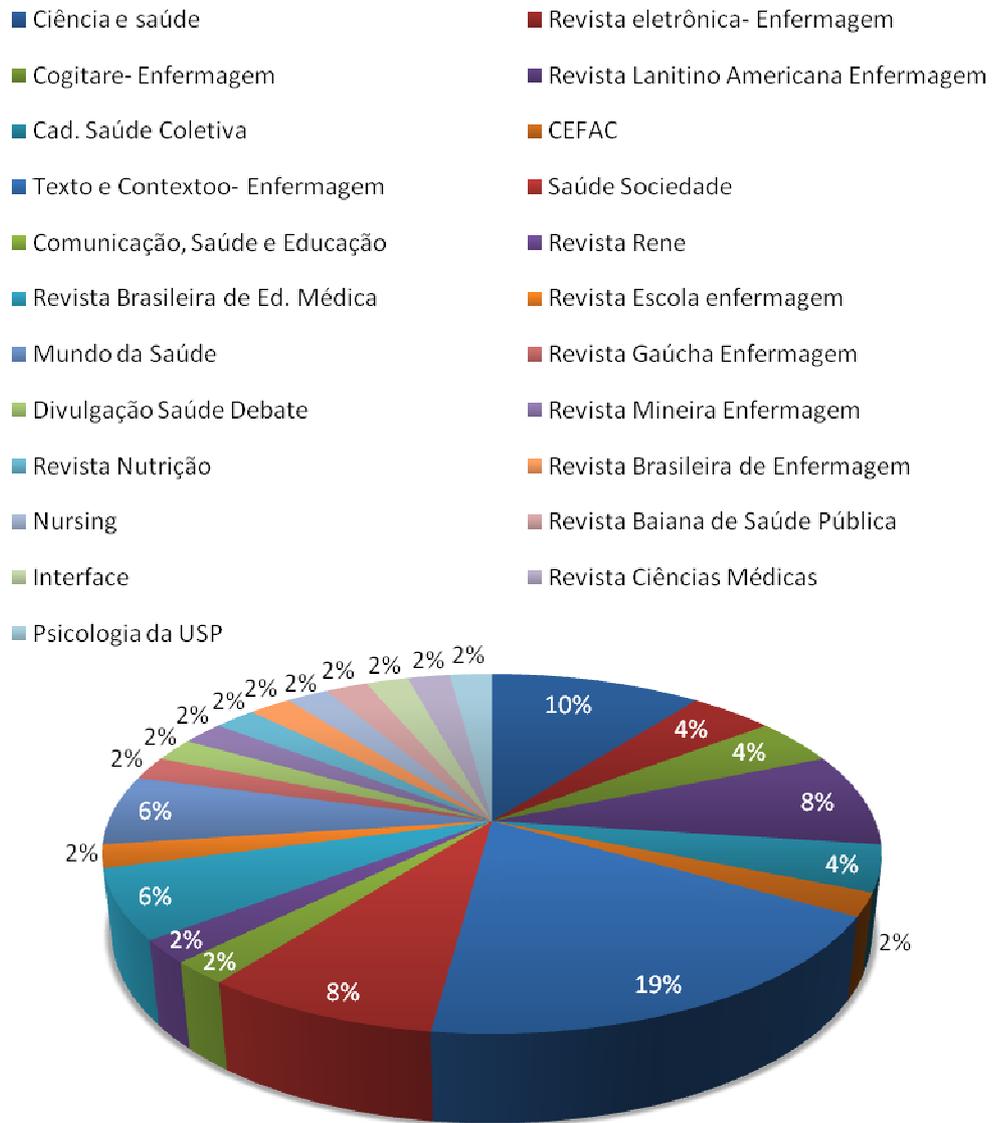
Gráfico 1 – Os artigos encontrados e selecionados.



<sup>26</sup> Dos Seis artigos selecionados, um foi analisado em outro descritor do Lilacs e três já foram analisados na pesquisa ao SciELO. São Estes: Albuquerque, V.S. (2009), Luz, M. T.. (2009), Almeida Filho (2005).

<sup>27</sup> O artigo selecionado foi analisado na pesquisa ao SciELO. Gutiérrez, M. G. R. (2009)

Gráfico 2 – As Revistas com artigos selecionados.



#### **4.3.4 Pesquisa a Biblioteca Digital da USP**

A Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo foi criada para disponibilizar na Internet o conhecimento produzido pelos trabalhos defendidos na Universidade de São Paulo, permitindo que a comunidade brasileira e internacional possa ter em mãos a versão digital completa das teses e dissertações. Esta foi inaugurada em 2001 juntamente com o Portal do Conhecimento.

Segundo o portal, para autores das teses e dissertações, a Biblioteca Digital é uma oportunidade única de exibição dos trabalhos, de forma rápida e fácil. Esse fator abrirá perspectivas de crescimento profissional cada vez maior. A mesma oportunidade será dada aos orientadores e áreas de pós-graduação, que terão um aumento significativo no impacto de suas pesquisas, tanto no Brasil, quanto em qualquer lugar do mundo com acesso disponível à Internet.

A Biblioteca Digital está associada a uma iniciativa global reconhecida pela UNESCO, a Networked Digital Library of Theses and Dissertations (NDLTD), o que lhe garante maior confiabilidade e abrangência, e também associada ao Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) do Ministério da Ciência e Tecnologia, através da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. Atualmente o portal conta com um total de 16.533 dissertações, 10.788 teses e 143 livre docência, perfazendo um total de 27.464 documentos livres para a pesquisa. Em 2010 foi inaugurado o portal Internacional da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações.

#### ***Como a pesquisa foi realizada***

O acesso a Biblioteca Digital de dissertações, teses e livre docência da USP (Universidade de São Paulo) foi a partir do site da Universidade de São Paulo.

Ao entrar na Biblioteca Digital, seleciona-se a base de dados de Dissertações e Tese. É possível escolher pesquisa simples ou avançada. Para este trabalho foi selecionada a segunda opção. Após a escolha, irá aparecer uma relação de filtros possíveis como: autor, título, resumo, palavra-chave, orientador, unidade e ano de defesa. Escolheu-se pesquisar os descritores nos resumos dos documentos. Também é possível escolher o tipo de documento procurado: todos os documentos, dissertações, teses de doutorado e teses de livre docência. Para esta pesquisa foi escolhida a primeira opção.

Ao selecionar o descritor na opção dos filtros e solicitar a pesquisa, a base irá disponibilizar todos os documentos encontrados, especificando os seguintes dados: o nome do

autor, o título do trabalho, a área de publicação, o tipo de documento, a unidade de ensino e o ano de publicação. A partir desses dados, foi feita a primeira seleção. Após o primeiro filtro, deve-se clicar no nome do autor do trabalho escolhido e irá aparecer o resumo do trabalho, nesta mesma página há opção de visualizar o trabalho na íntegra.

Tabela 1 – Resultados da pesquisa.

<b>Descritores</b>	<b>Documentos encontrados</b>	<b>Documentos selecionados</b>	<b>Unidade de ensino</b>
<b>Interdisciplinaridade e Cuidado</b>	2	2	Faculdade de Odontologia Escola de Enfermagem
<b>Interdisciplinaridade e Processo de trabalho</b>	2	1 <sup>28</sup>	
<b>Interdisciplinaridade e Comunicação</b>	5	1	Escola de Enfermagem
<b>Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade</b>	1	1	Instituto de Psicologia
<b>Interdisciplinaridade e Transversalidade</b>	Nenhum documento encontrado	0	

<sup>28</sup> O documento selecionado foi analisado no descritor: interdisciplinaridade e cuidado, desta pesquisa. Apesar disso, foi contabilizado para este descritor, para que o número de documentos encontrados e selecionados seja um reflexo real da pesquisa.

Gráfico 1 – Documentos encontrados e selecionados.

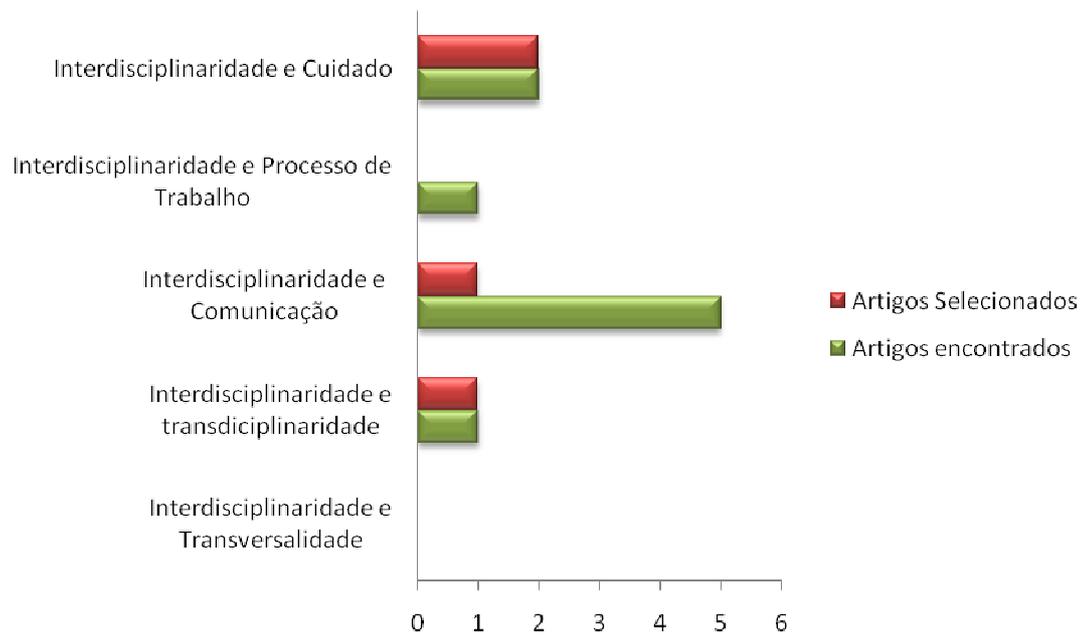


Gráfico 2 – Áreas de publicação dos documentos selecionados.



#### **4.3.5 Pesquisa na Biblioteca Digital da UNICAMP**

A nova versão da Biblioteca Digital da Unicamp é resultado da segunda etapa de um Projeto que sempre se propôs a disponibilizar o conhecimento gerado na Universidade de forma rápida e sem fronteiras, ofertando conteúdo de milhões de páginas às comunidades nacional e internacional.

Esta nova versão apresenta inúmeras opções de interatividade aos usuários, abrindo novas perspectivas de acesso, de forma ágil e rápida, principalmente a autores e orientadores das dissertações de mestrado e teses de doutorado, de qualquer ponto do planeta a partir da navegação no site da Biblioteca Digital da Unicamp.

Como forma de facilitar o acesso às diversas informações dos conteúdos digitais publicado no Banco Digital esta versão ampliou as opções de busca, além de apresentar formas variadas de recuperação dos documentos, de indicadores de visitas, acesso aos documentos e downloads, assim como possibilita a geração de relatórios por meio da exportação dessas informações em arquivos.

A Biblioteca Digital da Unicamp, desde a sua criação em 2002, está associada a nível nacional ao Projeto da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT/MCT), e a nível internacional à Network Digital Library of Theses and Dissertations (NDLTD).

Com esta nova versão, estudada e adequada para melhor atender às necessidades da comunidade científica, mantém o propósito que norteia a criação da Biblioteca Digital da Unicamp: “Disponibilizar e difundir a produção científica, acadêmica e intelectual da Universidade em formato eletrônico/digital de: artigos, fotografias, ilustrações, teses, obras de arte, registros sonoros, revistas, vídeos e outros documentos de interesse ao desenvolvimento científico, tecnológico e sócio-cultural”.

##### ***Como a pesquisa foi realizada***

O acesso a Biblioteca Digital de Dissertações, Teses da UNICAMP (Universidade Estadual de São Paulo) foi a partir do site da UNICAMP.

Ao entrar no site na Universidade no diretório: Serviços, escolher a opção Bibliotecas, depois é necessário escolher a opção Biblioteca digital. O site direcionará a página para a sessão de pesquisas. Na opção pesquisa foram colocados um por um todos os descritores pontuados no capítulo 4, selecionada a opção procurar nos resumos e pesquisar em dissertações e teses. Ao escolher essa opção, um novo quadro se abriu possibilitando escolher

em qual instituto na Universidade a pesquisa deveria ser feita. Para este trabalho foi selecionada a opção: todos.

É importante ressaltar que há possibilidade de se realizar a pesquisa avançada, mas para este trabalho essa opção não foi selecionada em nenhum descritor, pois ao fazer isso o campo fica muito aberto e sem foco.

Ao selecionar o descritor na opção dos filtros e solicitar a pesquisa, a base irá disponibilizar todos os documentos encontrados, especificando os seguintes dados: número de documentos encontrados a partir do descritor selecionado, título do trabalho, autor, orientador, palavras chaves, resumo e unidade em que o trabalho foi desenvolvido.

A partir dos descritores lançados, uma lista de documentos foi disponibilizada (artigos encontrados) e iniciou-se a filtragem destes. Ao finalizar a lista dos documentos selecionados, o primeiro passo foi a leitura dos resumos e da conclusão de cada documento, o segundo passo foi a análise dos vetores.

Tabela 1 – Resultados da pesquisa.

<b>Descritores</b>	<b>Documentos Encontrados</b>	<b>Documentos Selecionados</b>	<b>Unidade de ensino</b>
<b>Interdisciplinaridade e cuidado</b>	3	0	
<b>Interdisciplinaridade e processo de trabalho</b>	24	4	Faculdade de Ciências Médicas
<b>Interdisciplinaridade e comunicação</b>	10	1	Faculdade de Educação
<b>Interdisciplinaridade e transdisciplinaridade</b>	0	0	
<b>Interdisciplinaridade e transversalidade</b>	2	0	

Gráfico 1 – Resultados da pesquisa.

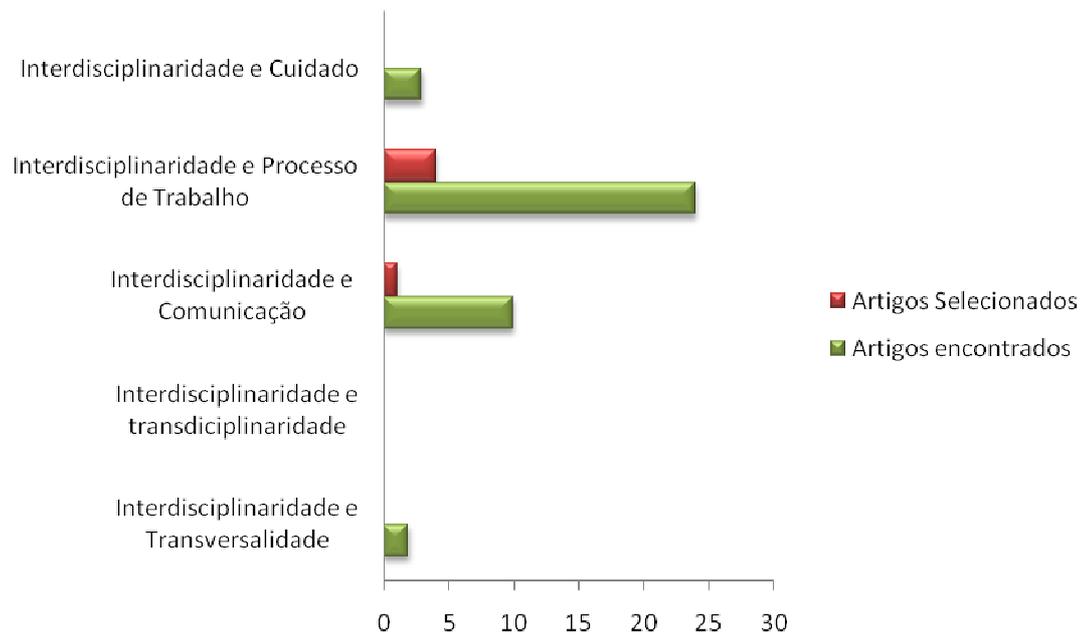
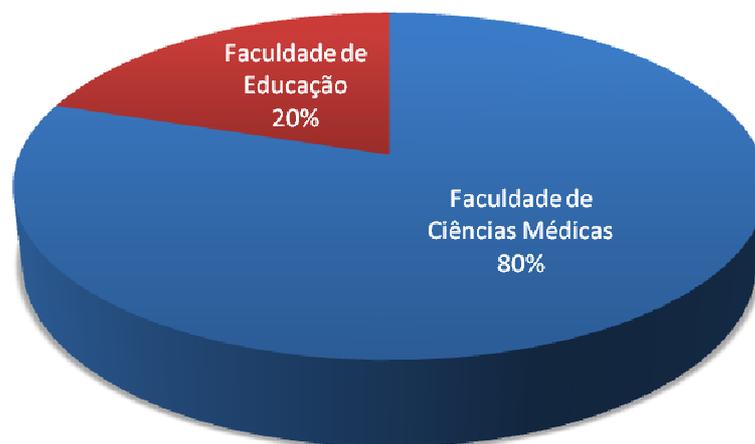


Gráfico 2 – Áreas de publicação dos documentos selecionados.



## Capítulo 5 – Análise dos dados

---

### 5.1 Analisando os artigos selecionados na base do SciELO.

#### *Interdisciplinaridade e cuidado*

A pesquisa teve como uma busca geral, Quinze artigos. Foram selecionados Oito.

Após a análise dos vetores foi possível concluir que todos os oito artigos tratam a interdisciplinaridade e o cuidado na saúde baseado na visão psicossocial, respeitando a integralidade do sujeito. Sendo assim, eles tratam da questão do cuidado segundo as diretrizes do SUS.

Segundo Berardinelli e outros (2005) e Olschowsky e outros (2007) a interdisciplinaridade significa uma relação de reciprocidade, de multiutilidade que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida frente ao problema do conhecimento. Pois, esse novo contexto, o modelo psicossocial, recomendado pela reforma, tem como foco o sujeito e sua subjetividade, e concebe o cotidiano do paciente, a sua família, escola, igreja, clube entre outras. As ações de cuidado visam respeitar a individualidade total do indivíduo. Considerando o paciente como uma pessoa com sentimentos, possuidor de uma família, inserido em um contexto social que não pode ser descartado, muito pelo contrário que deve ser usado a favor do seu tratamento.

Suape e outros (2006) afirmam que o conceito da interdisciplinaridade é nuclear para a consolidação da reforma sanitária. Esta afirmação pode ser verificada nas políticas públicas que orientam ou definem tanto o modelo de saúde em implantação, quanto às diretrizes curriculares e o processo de educação permanente dos profissionais de saúde brasileiro.

Apenas três artigos tratam da questão da comunicação entre os profissionais de saúde. Como Berardinelli (2005) que demonstra que a prática da interdisciplinaridade consiste na parceria, na tentativa de incitar o diálogo com outras formas de conhecimento, e, através dessa tentativa possibilitará a interpretação e a articulação entre os diferentes saberes.

Autores como Menossi e outros (2008) reconhecem que o estabelecimento da comunicação interdisciplinar não acontece simplesmente pela articulação teórica, mas começa pela articulação individual de cada um na prática. Porém, nenhum dos artigos selecionados traz a problemática da comunicação como plano principal de discussão da prática interdisciplinar na saúde e mais, nenhum artigo se propões a pesquisar a comunicação entre os profissionais de saúde no seu cotidiano.

Três artigos são baseados em pesquisa empírica sobre a interdisciplinaridade e o cuidado, porém a pesquisa se resumiu a uma categoria de profissionais da saúde (enfermeiros). Apenas um artigo, abre a discussão de como se organiza o cuidado em uma equipe interdisciplinar na saúde.

Dos oito artigos selecionados, seis foram publicados por revistas de Enfermagem, um foi publicado por uma revista de nutrição, mas que fazia uma pesquisa da prática dos docentes de enfermagem e um artigo foi publicado por uma revista de saúde coletiva.

Os artigos: Pavarine e outros (2005), Motta e outros (2008), Campos e outros (2006), Lorenzi e outros (2009) não foram citados na discussão por apresentarem ou questões repetidas ou por não apresentarem a temática aqui discutida.

### ***Interdisciplinaridade e transversalidade***

A pesquisa teve dois artigos encontrados e um selecionado.

O artigo Selecionado, Gutiérrez e outros (2009), tratam do diagnóstico e cuidado da oncologia no Brasil, criticando a formação do profissional de saúde. Para tanto a autora defende um currículo que tenha uma proposta de transversalidade e opções de atividades presente na capacitação de graduandos na área de oncologia.

Em nenhum momento a autora busca definir interdisciplinaridade e transversalidade, não há um questionamento crítico sobre a comunicação do profissional de saúde no atendimento ou uma proposta de uma pesquisa empírica.

### ***Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade***

A pesquisa teve como uma busca geral, dezesseis artigos. Desses foram selecionados quatro.<sup>29</sup>

Após análise dos vetores foi possível concluir que os artigos tratam a interdisciplinaridade como diferente da transdisciplinaridade por permanecer a dominância de determinados saberes. Segundo Vasconcelos (1997 apud ALMEIDA FILHO 2005, pg. 40) assinala a transdisciplinaridade significa uma radicalização da interdisciplinaridade, “com a criação de um campo teórico, operacional ou disciplinar de tipo novo e mais amplo”.

Com relação à comunicação há um consenso de que a interdisciplinaridade proporcionou a produção discursiva comunicativa horizontalizada (não hierarquizada, em termos metodológicos e teóricos) e o diálogo interdisciplinar é construído pela problemática

---

<sup>29</sup> A explicação para o número reduzido de artigos selecionados está no fato de que a maioria trata o assunto no campo do conhecimento, não relacionando o mesmo à questão da saúde.

suscitadas pelo relacionamento de várias disciplinas. Segundo Luz (2009), nesse novo contexto epistêmico, através da proposta da transdisciplinaridade, a produção discursiva tende a ser cooperativa entre os distintos saberes, que tomam um tema estratégico para a vida humana e social como proposta de investigação.

Albuquerque e outros (2009) e Garcia (2006) esclarecem que a proposta inter/transdisciplinar não significa negar cegamente as disciplinas, nem ser contrário às especializações. Nesse sentido, Crema (1993 apud ALBUQUERQUE et al 2009, pg. 266) propõe uma reflexão sobre a transdisciplinaridade como uma “abertura do especialista ao todo que o envolve e à dialogicidade com outras formas de conhecimento e visões do real, visando a complementaridade”. Postula-se a motivação e a disponibilidade para o desafio da convivência com a diversidade e do trabalho em equipe.

Dos quatro artigos pesquisados, não houve relato de pesquisa empírica, todos referenciam a pesquisas epistemológicas.

### ***Interdisciplinaridade e processo de trabalho***

Não houve artigo selecionado.

### ***Interdisciplinaridade e Comunicação***

A pesquisa teve quinze artigos encontrados e três selecionados.

Após análise dos vetores foi possível concluir que os artigos tratam a interdisciplinaridade e comunicação como um ponto de ligação, como possibilidade de apreender a complexidade do problema/objeto em causa. (CARVALHO 2006).

Com relação a comunicação entre os profissionais de saúde, Carvalho (2006) reconhece a necessidade de conversão da atenção intelectual e científica, da coerência entre o sujeito da nova consciência disciplinar e a realidade atual em que opera. Pontua a necessidade de uma nova pedagogia onde possa, também, tomar lugar a disciplina da não-especialidade ou da polivalência, pois já existem peritos polivalentes em várias disciplinas. Com mais frequência, existem equipes multidisciplinares ou pluridisciplinares, nas quais os especialistas, de formação diversificada, permanecem estranhos uns aos outros; falam linguagens diferentes que, longe de se comporem, de se harmonizarem entre si, se excluem, se negam reciprocamente.

É importante ressaltar que dos três artigos, pesquisados um tratava a comunicação, não no âmbito das relações dos profissionais de saúde, mas ligada a divulgação dos serviços de saúde (comunicação, propaganda).

Quanto aos os outros dois artigos, um tratava da questão epistemológica da interdisciplinaridade e outro de uma pesquisa empírica com professores da fonoaudiologia. Este segundo artigo foi norteado por três eixos discursivos que remetiam aos objetivos de pesquisa: o conceito sobre interdisciplinaridade, as situações pedagógicas possíveis e os obstáculos às práticas interdisciplinares. Segundo Mancopes (2009), a conclusão, com relação ao primeiro eixo discursivo sobre a interdisciplinaridade foi constatado, por meio do discurso dos professores. Eles a definem a partir de um conhecimento indeterminado ou preliminar, demonstrando que o conceito não está consolidado no meio acadêmico analisado. Porém, entende-se que há bases para ampliá-lo.

Canesqui (2010) analisa a produção intelectual das ciências sociais e humanas em saúde a partir da base de dados SciELO.

### **5.1.1 Refletindo sobre a pesquisa ao SciELO.**

Dos dezesseis artigos selecionados houve um consenso de que a interdisciplinaridade é um método necessário e eficaz para dar conta das várias necessidades em saúde. Porém, autores como Mancopes e outros (2009), Carvalho (2006), Albuquerque e outros (2009) vêem uma distancia entre a definição teórica e concretização desta prática no cotidiano do profissional de saúde.

Mancopes e outros (2009), Carvalho e outros (2006) vão mais longe, afirmando (dentro do universo pesquisado) que os profissionais definem a interdisciplinaridade a partir de um conhecimento indeterminado e preliminar.

Luz (2009), Almeida Filho (2005) vêem a comunicação/diálogo como o campo possível para a construção da prática interdisciplinar, por promover a troca de saberes e aproximação com os vários profissionais da área. A maioria dos artigos critica a formação acadêmica que não valoriza as matérias que tratam da interdisciplinaridade ou mais, em alguns casos os currículos nem ao menos propõem uma inter-relação entre os vários saberes.

Nenhum artigo selecionado se propõe a pesquisar empiricamente como se organiza a comunicação entre os profissionais de saúde. Pesquisas feitas por Carvalho (2006) e Mancopes (2009) se propunham a pesquisar como os professores de enfermagem ou de

nutrição compreendiam a interdisciplinaridade. Porém, em nenhum dos 16 artigos houve uma pesquisa sobre como os vários profissionais da saúde se comunicam.

## **5.2 Analisando os artigos selecionados na base do LILACS.**

### ***Interdisciplinaridade e cuidado***

A pesquisa teve como uma busca geral, vinte e sete artigos. Foram selecionados quatorze.

Após a análise dos resumos a partir dos vetores, foi possível observar o trabalho muito interessante desenvolvido por Souza e outros (2009), que propõem uma pesquisa empírica para analisar a concepção que os profissionais de saúde possuem sobre a interdisciplinaridade e os limites que encontram na sua prática. A pesquisa foi feita em uma unidade de saúde do interior de São Paulo. Para o autor a excessiva especialização do conhecimento contribui para um cuidado fragmentado que pode ser superado através da interdisciplinaridade. Assim o autor coloca a questão do cuidado integral diretamente ligado à interdisciplinaridade.

Ainda segundo este o autor os discursos analisados em sua pesquisa revelaram que a interdisciplinaridade é um meio de se abordar uma situação-problema através da integração e intersecção de conhecimentos. Sendo assim é importante desenvolver as habilidades de relacionamento interpessoal (o trabalho em equipe) e de comunicação.

Para Souza e outros (2009) ter habilidade de se comunicar de forma interdisciplinar, implica em ter diálogo, respeito e empatia pelo outro, trabalhando de forma articulada, o que contribui para a solução dos problemas e aspirações, que deixam de ser individuais, para tornarem-se do grupo. Neste contexto, o respeito pelo outro é considerado extremamente relevante, implicando em agir com empatia e paciência, além de respeitar a individualidade e a peculiaridade de cada um, sua autonomia, seu direito de agir e pensar diferente.

Saintrain e outros (2008) não falam diretamente da importância da comunicação na prática interdisciplinar, porém a caracteriza 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. Certa reciprocidade nos intercâmbios, de tal forma que, ao final do processo interativo, cada disciplina saia enriquecida. Para o autor a prática interdisciplinar no cuidado tem importante papel na consolidação da saúde coletiva

Buchabqui e outros (2006) trabalham com a concepção de que o cuidado deve promover autonomia, e isto implica sim uma dimensão política libertadora e emancipatória, que coloca o profissional de saúde, em especial o agente comunitário, diante da necessidade

de enfrentamento dos processos que determinam as doenças e o sofrimento das populações, este processo está intrinsecamente ligado a dinâmica de exploração e de exclusão de camadas inteiras da população, expostas a fome, a miséria, a falta de saneamento básico e a trabalhos extremamente insalubres e opressores, determinantes de sofrimento físico e mentais.

Para o autor, existe algo além dos aspectos ligados especificamente à saúde e à educação. É o afeto entendido aqui em sua dimensão ampla, na verdade deixar-se afetar, que promove proximidade, empatia e carinho. Pois, para ele sem vínculo nada é possível. Para que tal objetivo seja possível é necessário: disposição ao diálogo e uma formação mais abrangente.

Essa formação diferenciada e a prática do cuidado, visando a autonomia, promovem, portanto, uma visão diferenciada do profissional em relação aos vários tipos de sujeitos que ele precisa lidar, respeitando a sua subjetividade e individualidade.

Para o autor o debate político no campo da saúde não se faz apenas com palavras, o debate político no campo da saúde se faz através das práticas. Tais práticas produzem textos vivos, que podem ser lidos nos relatos, nas histórias, nos corpos. Pois, não se faz saúde só com médicos, enfermeiros, psicólogos. A saúde se faz nos gestos, nos olhares, na felicidade e na promoção de autonomia. Faz-se no cuidado do outro e de si. Faz-se com a construção de novas metodologias do cuidado, de quem deve ocupar o lugar de antigas verdades, rígidas, e que não conseguem mais dar conta de toda a complexidade da vida e das dinâmicas sociais.

A atuação em equipe interdisciplinar na saúde constitui uma tentativa de superação do modo hegemônico de produção de conhecimentos e de cuidados de saúde ao se propor considerar as necessidades dos usuários em suas múltiplas dimensões e desenvolver formas mais motivadoras e criativas de realização do trabalho. (MATOS et al 2010, BUCHAQUI et al 2006)

Dos quatorze artigos selecionados oito já foram analisados na base de dados dos SciELO e não serão repetidos. Dos seis restantes quatro tratam de pesquisas empíricas. Souza e outros (2009) se aproximam da questão da comunicação entre os profissionais de saúde, mesmo não sendo a sua temática principal. Carvalho, Y. e outros (2006) pontuam a importância da atuação da equipe interdisciplinar para o desenvolvimento da atividade física e saúde, porém não debate sobre a importância da comunicação entre estes profissionais.

O artigo de Faria e outros (2006) foi contabilizado para a pesquisa, porém não analisado por se tratar de um documento de acesso pago.

### ***Interdisciplinaridade e Transversalidade***

A pesquisa teve como busca geral, dois artigos. Foram selecionados os dois.

Após a análise dos resumos a partir dos vetores foi possível observar que o artigo da Rangel (2007) discute os desafios para a operacionalização do conceito de risco no âmbito da vigilância sanitária. Apresenta alguns argumentos que sustentam o debate para o desenvolvimento de práticas interdisciplinares e transversais no controle de risco no âmbito dessas vigilâncias.

Com relação a interdisciplinaridade, Rangel (2007) convoca a integralização do olhar sobre o objeto do conhecimento e da ação, que ao longo da história da modernidade, nos três últimos séculos, em decorrência do desenvolvimento científico e tecnológico, foi fragmentado em diversas disciplinas, demarcando campos cada vez mais específicos para se abordar aspectos particulares da realidade.

Com relação à comunicação entre os profissionais de saúde, para a autora houve na segunda metade do século XX, uma busca pela comunicação entre as especialidades e pela recomposição da organização do trabalho fragmentado e alienante. Apesar de reconhecer a importância do diálogo não é o foco da sua pesquisa a problematização da comunicação entre os profissionais de saúde.

Rangel defende que a noção de transversalidade surge para tentar superar a hierarquização de saberes disciplinares que, no processo referido, gerou concentração de valores em torno de uns, em detrimento de outros. Assim, essa noção sugere que o conhecimento atravesse as estruturas, rompendo hierarquias de conteúdos, de disciplinas, de instituições e organizações. Na transversalidade, todos os conhecimentos e idéias são válidos e todas as ações são importantes, embora algumas possam ser mais complexas do que outras. Portanto, para Rangel esse tipo de ação facilita a descentralização e a horizontalização, permitindo, através da comunicação, a fluidez do conhecimento entre os componentes da equipe.

### ***Interdisciplinaridade e transdisciplinaridade***

A pesquisa teve como uma busca geral, dezessete artigos. Foram selecionados seis.

Após a análise dos resumos a partir dos vetores foi possível observar que Garcia e outros (2006) desenvolveram uma pesquisa sob a ótica da interdisciplinaridade e da integralidade, para analisar as diretrizes curriculares nacionais e dos programas de ensino das Faculdades do Centro de Ciências da Vida (CCV) da Pontifícia Universidade Católica de

Campinas (PUC-Campinas). Seu objetivo é analisar as diretrizes curriculares e a prática dos docentes e alunos.

Com relação ao conceito de interdisciplinaridade para a autora é ao mesmo tempo uma questão de saber e poder, que implica uma consciência dos limites e das potencialidades de cada campo de saber para que possa haver uma abertura em direção de um fazer coletivo.

Para Garcia a crítica contemporânea orienta-se para a interdisciplinaridade, e de forma radical, para a transdisciplinaridade, que declara a existência de vários níveis da realidade e o espaço entre as disciplinas e para além das disciplinas, apresentando-se como uma estrutura descontínua e dinâmica.

Com relação à comunicação, para a autora o trabalho transdisciplinar possibilita pensar problemas não resolvidos por uma área, por meio do diálogo entre áreas e pesquisadores, podendo funcionar como dispositivo que faz avançar relações. Porém em sua pesquisa pode observar que o desenvolvimento da inter e transdisciplinaridade esbarram em problemas de “relacionamento” entre os cursos por falta de “humildade”, como colocado, e o desconhecimento de cada profissão.

Garcia conclui que embora presentes nos programas de ensino, as ações multiprofissionais e interdisciplinares nem sempre são concretamente traduzidas em estratégias de aprendizagem.

O outro texto é de Oliveira (2008), que discute a temática de educação alimentar e nutricional, decorrida da estratégia Fome Zero e da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. A partir das discussões elencadas na sua pesquisa destaca a importância de que as ações educativas sejam desenvolvidas no sentido de promover a autonomia dos indivíduos, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade. Porém a autora não relaciona diretamente o trabalho interdisciplinar com o transdisciplinar e também não questiona a comunicação dos profissionais que trabalham nessas equipes.

### ***Interdisciplinaridade e Processo de Trabalho***

A pesquisa teve como uma busca geral, quarenta e um artigos, destes foram selecionados onze.

Após a análise dos resumos a partir dos vetores foi possível observar que houve uma predominância na discussão da interdisciplinaridade na formação, a questão diferencial é a reflexão da comunicação e a organização do processo de trabalho destes profissionais. Tal reflexão não aparece no trabalho de Matos e outros (2007) e Mendes e outros (2009).

Autores como Ferreira e outros (2009) e Bagnato e outros (2007) criticam a formação do profissional de saúde centrado no modelo biomédico. Na concepção de Ferreira e outros (2009) a residência integrada em saúde (RIS) tem sido estimulada pelo Ministério da Saúde a fim de contribuir na construção de novos fazeres e saberes que permitam uma atenção mais humanizada e integral por meio da interdisciplinaridade. Em seu artigo, o autor desenvolve uma pesquisa na RIS do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) do Rio Grande do Sul.

De acordo com a pesquisa de Ferreira, o diálogo, a co-participação e a fluidez entre os núcleos de conhecimento são estratégias fundamentais no fortalecimento dessa formação, que privilegia a visão integral do sujeito. A pesquisa evidencia que a integração entre as diferentes áreas do conhecimento na RIS/GHC não têm ocorrido de modo a incorporar os diversos atores, seus conhecimentos e suas ações. Os resultados indicam que a integração é construída, depende das características do indivíduo e do processo de trabalho. A dificuldade pontuada pela autora está na centralidade do serviço no médico, idéias e filosofia divergentes dos profissionais e problemas dos serviços.

A autora salienta a importância de que o cuidar e/ou processo de trabalho em saúde se refere ao ser humano, sendo permeado de subjetividade e objetividade, cujas intervenções ocorrem por meio de relações interpessoais entre a equipe de profissionais e os usuários dos serviços de saúde, caracterizando-se como complexo e amplo campo de conhecimento e trocas. Assim, a integração aparece como um desafio, exigindo profissionalismo, tendo presente que a comunicação, flexibilidade, diversidade e criatividade são elementos impactantes no processo de saúde.

Já Bagnato e outros (2007) discutem sobre a interdisciplinaridade no currículo da formação do profissional de saúde. Mesmo sendo um assunto debatido amplamente, a autora consegue oxigená-lo com visões diferentes. O debate deve considerar e problematizar a inserção da interdisciplinaridade na área da saúde e inserir diálogos com outra perspectiva epistemológica, a multi-referencialidade, e assim ampliar possibilidades de pensar a formação.

Nesse sentido, mesmo a autora não tendo como foco a interdisciplinaridade e o processo de trabalho em saúde, debate a questão da integralidade do serviço e a comunicação dos profissionais. Pois, para a mesma, a prática em saúde deve considerar a complexidade e apreensão da realidade, traduzida por linguagens distintas e diversas. Torna-se imprescindível ao educador, ao pesquisador e ao profissional de saúde a capacidade de ser poliglota.

Guedes e outros (2010) concordam com Bagnato que a prática interdisciplinar só será possível aos profissionais dispostos ao diálogo. Em seu estudo de caso do Centro de Promoção da Saúde do Serviço de Clínica Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CPS-HCFMUSP), conclui que os profissionais pesquisados têm o mesmo objetivo (ou seja, o cuidado), porém: com pequena interação entre si, sem método e linguagem comum, trabalhando sem integração e com diferentes níveis de hierarquia horizontal.

Para lidar com questões complexas, a interdisciplinaridade se apresenta como possível solução para o problema, facilitando a abordagem do homem de forma mais ampla, objetivando a superação dos problemas críticos do passado, cedendo lugar aos benefícios de uma nova prática de saúde. Para tanto, segundo Guedes, a promoção da saúde diz respeito não somente ao setor saúde, envolve um sistema amplo com dimensões biopsicossociais, com implicações políticas, culturais, econômicas, sociais, ambientais, comportamentais, biológicas e institucionais.

Nascimento e outros (2010) concordam com Guedes, na questão da transformação dos serviços para abarcar a complexidade do sujeito. Para Nascimento a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), reflete a busca crescente pela integralidade da atenção e pela interdisciplinaridade das ações em saúde.

Para a autora a clínica ampliada ajuda aos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde a lidar com a complexidade dos sujeitos e dos problemas de saúde da atualidade, o que significa que os ajuda a trabalhar em equipe, reconhecendo a interdependência do trabalho em saúde.

Nascimento debate sobre os desafios atuais do trabalho em saúde, refletindo a formação e o perfil de competências desejado aos profissionais, com enfoque não apenas no conhecimento técnico especializado, mas, principalmente, nas habilidades e atitudes a serem desenvolvidas em prol da saúde da população. Dentre as muitas habilidades requeridas, a autora lista: abordar o paciente, acolher, ouvir, comunicar-se e trabalhar em equipe. Esta última, segundo Nascimento, é essencial para o desenvolvimento do trabalho no NASF, uma vez que é uma importante diretriz para reorganização do processo de trabalho na saúde.

Para a autora a articulação dos saberes por meio de uma interação comunicativa e horizontal é um requisito indispensável no cotidiano do trabalho em equipe, com vistas à interdisciplinaridade. Apenas o diálogo e a aproximação das práticas e das concepções vigentes de atenção à saúde poderão minimizar o descompasso entre a formação e a realidade

concreta dos serviços. Somente assim será possível construir um novo modo de trabalho em saúde, centrado no usuário, com qualidade, resolubilidade e equidade.

Como demonstram Lavado e outros (2010) em seu estudo do processo de trabalho do médico no Programa de Saúde da Família em um município do Vale do Rio Itajaí - SC, o serviço de saúde brasileiro ainda precisa ser refletido e mudado. Em seu estudo conclui que apesar de haver compromisso na realização do trabalho, o médico está centrado nas tecnologias duras e leve-duras. Estes não dominam as tecnologias leves, estão distantes do gerenciamento do trabalho da equipe ou de seu próprio trabalho cotidiano. A autora conclui que no serviço pesquisado a interdisciplinaridade inexistente.

Assim Lavado reforça algo que vá além das propostas de Bagnato e Ferreira, que seria a Educação Permanente em Saúde. Segundo a autora esta constitui uma estratégia fundamental para a transformação do trabalho. Esta prática só alcançará aprendizagem significativa quando conseguir a adesão dos trabalhadores ao processo de mudança do seu cotidiano, através, principalmente da auto-análise de seu agir em saúde. Por sua vez a educação não deve estar somente centrada nos problemas médicos e epidemiológicos da comunidade, mas nas deficiências do atendimento cotidiano. Reflete-se a necessidade de discussão dos processos de trabalho destes profissionais, agora organizados em forma de equipe. Não cabe, portanto, somente a crítica ao modelo vigente, mas principalmente a elaboração de métodos e tecnologias que analisem os problemas existentes e que propiciem uma mudança de posição interferindo diretamente no cuidado, no processo de trabalho, na promoção e proteção da saúde e da vida individual e coletiva.

Na visão de Lavado, o operador do cuidado, o trabalhador de saúde necessita assumir o diálogo como produtor de vínculo, acolhimento e responsabilização. Portanto, este “atuar” depende intrinsecamente da forma de trabalho do sujeito, neste caso, o médico. O produto final poderá ser somente um ato duro, sem vínculo, como a prescrição de uma medicação; ou poderá criar vínculo à medida que o usuário se sinta importante neste processo.

Para Tavares e outros (2005) todas as formulações de políticas e estratégias sobre o trabalho interdisciplinar devem ser pensadas a partir da práxis, momento em que elas se concretizam e se tornam singulares no espaço estudado. Neste sentido, é no diálogo voltado à práxis concreta, que se possibilita a sua própria qualificação e aprimoramento. O desafio histórico é compreender a interdisciplinaridade a partir de sua realização, levando em consideração os limites e as possibilidades vislumbradas, buscando o que é melhor para superar a realidade.

Motta (2007) discute as características da formação médica frente ao processo de envelhecimento e as especificidades da atenção à saúde do idoso, de forma a sistematizar as competências necessárias para profissionais de saúde. A premissa é que existe uma distância marcante entre, por um lado, conteúdos necessários à boa prática geriátrica e as diretrizes das políticas de saúde e educação e, por outro lado. Apesar de ser um trabalho interessante não apresentou dados relevantes para esta pesquisa, pois não propões a aproximar os conceitos da interdisciplinaridade e processo de trabalho, como também não questionou a questão da comunicação horizontal dos profissionais de saúde.

O artigo de Bezerra e outros (2010) foi contabilizado para a pesquisa, porém não foi analisado por se tratar de um documento de acesso pago.

### ***Interdisciplinaridade e Comunicação***

A pesquisa teve como uma busca geral, quarenta artigos. Foram selecionados quinze.

Após a análise dos resumos a partir dos vetores foi possível observar que os autores Batista (2006), Gattás e outros (2007) e Tavares e outros (2005) trabalham em seus artigos com o conceito da interdisciplinaridade no ensino e formação dos profissionais de saúde. Em nenhum desses trabalhos, houve a reflexão crítica da comunicação dos profissionais de saúde em seu processo de trabalho.

Para Batista (2006) a construção de caminhos ao ensino médico a partir da interdisciplinaridade inclui a implementação de desenhos curriculares que possibilitam a articulação de conteúdos que valorizem o enfoque problematizador e desenvolvam atividades acadêmicas que tenham como eixos a prática médica no contexto do trabalho em saúde, a inserção do estudante e professor como sujeitos, a produção contextualizada de saberes.

Para a autora a formação envolve assim, os planos epistemológico e prático de aprendizagem. No plano epistemológico, identifica-se que aprender articula cognição, afeto e cultura numa perspectiva histórico-social, trazendo a questão da mediação e da intersubjetividade. Mediar a aprendizagem do cuidado implica sair da ênfase na doença, da abordagem biologicista das condições de vida e das relações de causalidade linear entre a saúde e doença.

Para a autora o desafio da prática interdisciplinar no ensino médico é a transformação dos cursos para a incorporação da concepção ampliada de saúde, a articulação do cuidado, a integralidade, o controle social, a humanização e ética sem secundarizar as abordagens e pesquisa disciplinares.

Gattás e outros (2007) vão além. Em seu artigo trabalha com a prática interdisciplinar composta por componente cognitivo que é pensada em termos de **atitude**. Revela-se como uma idéia, uma prática, um projeto que tem como base uma autêntica vontade de colaboração, de cooperação, de diálogo, de abertura ao outro. Paralelamente, a interdisciplinaridade é pensável, em termos de **poder**. Ela não anula as formas de poder que todo o saber comporta, mas exige a disponibilidade para partilhar um saber e um poder que se tem consciência de não ser proprietário.

Alarcão e outros (2005) e Tavares (2005) concordam com Gattás e outros (2007) sobre a noção de que o saber é poder e que a prática interdisciplinar, ao ressignificar papéis profissionais e criticar o fechamento das especialidades, cristalizadas pelos anos, pode representar perda de exclusividade e de poder disciplinar. O que envolverá luta pela hegemonia de grupos de interesses. Porém para Tavares (2005) essa força contrária pode ser usada como motivadora para o trabalho em equipe interdisciplinar.

Em contra partida Saube (2007), (2005) e Alarcão (2005) falam de forma mais direta sobre a questão das competências dos profissionais de saúde. Saube irá além e fará uma pesquisa empírica, refletindo e criticando de forma mais direta a prática.

Para Saube (2005), (2007) a interdisciplinaridade é entendida como um dos conceitos nucleares para consolidação das políticas públicas na área da saúde (SUS e PSF), entendida como uma competência que resulta de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes.

Para a inserção de tal prática no processo de trabalho em saúde é necessário, segundo Costa Neto (2000 apud SAUPE 2005), que se estabeleça uma nova relação entre os profissionais de saúde, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe.

A autora cita algumas atitudes essenciais para a prática interdisciplinar: educação, participação em saúde e gerenciamento. A estas, ela chama de competências gerais e a atitude. Sendo a atitude a competência mãe.

Para Alarcão e outros (2005) a prática interdisciplinar coloca em evidência não só as competências profissionais, mas também as micro-competências: a cognição; a técnica e a comunicação.

### 5.2.1 Refletindo sobre a pesquisa ao LILACS

Dos quarenta e oito artigos selecionados nesta base, retratando-se os repetidos, foram trabalhados vinte e quatro artigos houve uma crítica predominante ao saber fragmentado, que não consegue abarcar conceitos que envolvam a vida (o sujeito, o ser humano), sob o risco de não ser compreendido ou de não alcançar a resolutividade. Segundo Tavares e outros (2005) a vida é complexa, o cuidar da vida também exige complexidade de ações, o que nos levará, necessariamente, a buscar parceiros.

Estes parceiros irão além dos vários profissionais de saúde que compõe os serviços. Eles se estendem “às comunidades”, à sociedade de forma geral. Como afirma Guedes e outros (2010), a promoção da saúde diz respeito não somente ao setor saúde, envolve um sistema amplo com dimensões biopsicossociais, com implicações políticas, culturais, econômicas, sociais, ambientais, comportamentais, biológicas e institucionais. Assim, o fazer em saúde ultrapassa as paredes dos hospitais e ambulatórios e chega a minha casa, na sua e em todos os lugares, sendo responsabilidade de todos. Buchabqui e outros (2006) concordam com a visão de Guedes, o que eles denominam de clínica ampliada.

Tavares e outros (2005) citam que o trabalho em saúde é marcado pelas relações interpessoais entre os profissionais e usuários. Caracteriza-se por ser um trabalho reflexivo e dependente do recrutamento de saberes distintos: científico, técnico, derivado de experiências de trabalho e sociais e de valores ético-políticos.

Distingue-se também pela complexidade, isto é, incorpora a diversidade profissional, dos atores e interesses, das tecnologias, da organização do espaço; pela heterogeneidade devido à variedade de processos de trabalhos coexistentes.

Buchabqui e outros (2006) pontuam que as concepções acerca dos processos de saúde/doença dão sentido às ações dos profissionais, propondo estratégias de cuidado menos impactantes e mais dialógicas. Pode-se ainda compreender toda a dimensão social envolvida nos processos de saúde/doença, de modo a agir politicamente nas causas do sofrimento, ligadas a fatores políticos e econômicos. Para que esta seja uma realidade, a proposta de uma formação do profissional através da vivência e da prática interdisciplinar também deve ser considerada.

Esta proposta envolve competências desejadas ao profissional de saúde, como: atitude, habilidade, disponibilidade. No debate sobre atitude, Buchabqui e outros (2006) pontuam a necessidade do profissional de saúde deixar afetar-se, Lavado e outros (2010) falam sobre o afeto e a produção de vínculos, pois sem este não há cuidado, ou melhor, não há nada.

Nascimento e outros (2010) falam de interação, aproximação, o que envolve habilidade e disponibilidade. Todos os autores, de uma forma geral, concordam que a prática interdisciplinar/ transdisciplinar é a melhor proposta.

Como demonstra Lavado e outros (2010) o serviço de saúde brasileira ainda precisa ser refletido e mudado. Para isso é necessário que as políticas envolvam críticas e reflexões na formação do profissional de saúde (debate no currículo), em propostas ampliadas ou da formação, como residências integradas e na educação permanente. Deve ser considerada a particularidade, a prática de cada região e a deficiência da comunicação.

Neste ponto chama-se a atenção para algo recorrente em todos os artigos selecionados: foram poucas as propostas de pesquisas empíricas que questionassem o processo de trabalho dos serviços de saúde e destas poucas, nenhuma foi feita no âmbito do estado do Rio de Janeiro.

### **5.3 Analisando os documentos selecionados na base da USP.**

#### ***Interdisciplinaridade e cuidado***

A pesquisa teve dois documentos encontrados e seguindo os parâmetros já mencionados acima, foram ambos selecionados.

Figueiredo (2006) buscou identificar mudanças ocorridas com um grupo de PHAS (Portadores de Hipertensão Arterial), a partir de atividades educativas de promoção da saúde desenvolvidas por uma equipe multiprofissional (EQM), tendo como referencial o paradigma da interdisciplinaridade. A pesquisa não discute a questão da comunicação interdisciplinar, porém discute a questão da práxis, o que segundo o autor, revelou-se promissora. Com o aprofundamento dos trabalhos houve uma tendência para horizontalização do poder.

Em sua conclusão Figueiredo (2006) problematiza a atitude interdisciplinar da EQM nos trabalhos educativos com o grupo de PHAS e a relação desse grupo com as mudanças de estilo de vida, ações preventivas e autocuidado em saúde. Os resultados revelam que a EQM estudada por Figueiredo, assimilou teoricamente as características de um trabalho interdisciplinar, gerando reciprocidade, troca de conhecimentos e enriquecimento mútuo.

Para Figueiredo é importante apresentar alternativas como o paradigma da interdisciplinaridade, para que possamos ter profissionais verdadeiramente comprometidos com o trabalho em equipe tendo uma visão crítica da sociedade com competência técnica e política e sempre atualizados em seus conhecimentos.

A pesquisa feita por Watanabe (2007) discute a questão da qualificação e formação dos profissionais de saúde, para atender as mudanças do modelo de atenção a saúde. Para tanto o autor analisa as atividades curriculares desenvolvidas no curso de odontologia da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Não houve uma reflexão crítica com relação à prática profissional ou à configuração da comunicação em equipe interdisciplinar.

### ***Interdisciplinaridade e transdisciplinaridade***

Nenhum documento foi Selecionado

### ***Interdisciplinaridade e transversalidade***

A pesquisa teve um documento encontrado e seguindo os parâmetros já mencionados acima, este foi selecionado.

A pesquisa feita por Braga (2009) investigou a prática clínica de supervisão de espaço de discussão entre supervisores clínicos de diferentes projetos de atenção psicológica em instituições e comunidades, apesar de ser uma pesquisa interessante, não apresentou nenhuma discussão interessante para esta pesquisa.

### ***Interdisciplinaridade e Processo de trabalho***

O documento selecionado foi analisado no descritor: Interdisciplinaridade e cuidado, desta pesquisa.

### ***Interdisciplinaridade e comunicação***

A pesquisa teve cinco documentos encontrados e seguindo os parâmetros já mencionados um foi selecionado.

Apesar da pesquisa de Canoletti (2008) não fazer uma reflexão crítica sobre a questão da comunicação interdisciplinar, foi de fundamental importância para esta pesquisa. A autora realizou uma revisão sistemática da literatura acerca do trabalho em equipe na saúde e na enfermagem, com o objetivo de identificar a produção e analisá-la criticamente, segundo a quantidade, cronologia, procedência de nacionalidade, instituição de origem e tipo de pesquisa.

Os resultados apresentados mostraram a dificuldade em pesquisar o tema nos bancos de dados, principalmente dada a ausência de definição dos termos: trabalho em equipe e interdisciplinaridade; assim como a falta de rigor metodológico e conceitual das publicações.

Segundo a autora o trabalho em equipe é concebido como um processo grupal e interdisciplinar, no qual se observa sinergia positiva, coordenação, cooperação e responsabilidade coletiva, compartilhamento de objetivos comuns e interação entre os membros o que é possível através da comunicação.

A conclusão do estudo destaca a necessidade de aprofundamento de pesquisas teórico-empíricas sobre o tema para fundamentar sua abordagem teórica e fornecer subsídios para a formulação de propostas que permitam melhorar a utilização prática do trabalho em equipe, assim como sua avaliação sistemática.

### **5.3.1 Refletindo sobre a pesquisa a USP**

Apesar deste capítulo não apresentar números significativos de documentos selecionados (no total foram quatro) trouxe questões ricas para o debate desta pesquisa.

Uma delas está em Figueiredo (2006), em que apresenta a importância de alternativas como o paradigma da interdisciplinaridade, para que possamos ter profissionais verdadeiramente comprometidos com o trabalho em equipe, tendo uma visão crítica da sociedade com competência técnica e política e sempre atualizados em seus conhecimentos. Porém, como demonstra Canolleti (2008) há dificuldades em pesquisar o tema nos bancos de dados, principalmente dada ausência de definição dos termos: trabalho em equipe e interdisciplinaridade, ou por uma questão de falta de rigor metodológico.

O que demonstra uma contradição, pois ao reconhecer a importância da proposta interdisciplinar para abarcar a visão integral do sujeito e o olhar psicossocial na saúde ao mesmo tempo há uma escassez de produção científica, qual é a interlocução da academia com a prática que está sendo proposta? Quais serão os norteadores da prática dos profissionais da saúde?

Para Canolleti (2008) coloca-se a necessidade de criar meios e métodos que permitam avaliar e melhorar a dinâmica do trabalho em equipe de saúde e enfermagem, de modo a refletir em melhorias diretas nos resultados da atenção a saúde e dos cuidados de enfermagem.

### **5.4 Analisando os documentos selecionados na base da UNICAMP.**

#### ***Interdisciplinaridade e cuidado***

Nenhum documento foi selecionado.

***Interdisciplinaridade e transversalidade.***

Não houve documento selecionado.

***Interdisciplinaridade e transdisciplinaridade***

Não houve documento selecionado.

***Interdisciplinaridade e processo de trabalho***

Dos vinte e quatro documentos encontrados, quatro foram selecionados. Destes dois se propunham a realizar uma pesquisa empírica.

Nesta base foi selecionada a primeira pesquisa sobre saúde materna infantil. Meira (2010) relaciona o desenvolvimento de tecnologias, a valorização e capacitação dos recursos humanos ao estabelecimento de políticas públicas de saúde voltadas a atenção materna infantil, com o acréscimo de sobrevivência de bebês com graves intercorrências perinatais. A autora tem como proposta a avaliação dos programas e satisfação dos cuidadores do Centro de Referência em Desenvolvimento Infantil Fênix em Campinas, SP. O serviço segue as diretrizes da política nacional de humanização, buscando superar a fragmentação da rede e do processo de trabalho. Em 2006 o serviço teve o reconhecimento do ministério da saúde e foi inserido no banco de projetos do HumanizaSUS.

Em sua pesquisa a autora não debate a questão da comunicação horizontal dos profissionais de saúde. No título do documento, a autora faz referência ao acompanhamento multidisciplinar do serviço, enquanto que as diretrizes do SUS são claras na recomendação da prática interdisciplinar. O que pode levantar várias questões.

Furlan (2008) promove uma reflexão crítica da problemática da aceitação da prática interdisciplinar nos serviços de saúde de uma forma clara. A autora se propõe analisar e discutir o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pois para a autora os ACS evidenciam pontos sutis no processo de trabalho e dos casos clínicos acompanhados, mas são silenciados na equipe, pela dificuldade de se trabalhar no cotidiano das práticas moldadas pelo modelo médico hegemônico.

Para Furlan a identificação das necessidades de saúde é um processo a ser realizado em equipe e o espaço coletivo é importante instrumento para efetivação dessa construção.

Nogueira (2010) discute a importância das assembléias na reforma psiquiátrica, como instrumento coletivo para a troca de idéias entre todos, porém não entra de forma específica

na questão da comunicação entre os profissionais de saúde. Mourão (2006) por sua vez, ao discutir sobre a reforma curricular na área da saúde.

Nas quatro pesquisas selecionadas, houve um consenso em relacionar o processo de trabalho em saúde, com a visão integral do sujeito e a visão psicossocial. O que está condizente com as diretrizes do SUS e a prática interdisciplinar.

### ***Interdisciplinaridade e comunicação***

Dos dez documentos encontrados, um foi selecionado.

Carvalho (2005) discute as novas possibilidades trazidas pelas tecnologias de informação e as conseqüências de um novo redimensionamento nos modelos de comunicação no ensino superior. O objetivo do autor foi entender em que medida o conhecimento e o acesso a essas tecnologias favoreceram ao desenvolvimento de novas competências por parte dos alunos de graduação em fisioterapia.

O autor intitula a inserção das novas tecnologias de informação ao ensino como prática interdisciplinar, e pontua que, ao final da sua pesquisa, tal prática proporcionou a ponte entre os conhecimentos, facilitando a aprendizagem. Porém, não debate sobre a conformidade da inserção das novas tecnologias com as diretrizes do SUS.

#### **5.4.1 Refletindo sobre a pesquisa a UNICAMP.**

A pesquisa a base da Unicamp surpreendeu, havia uma expectativa de um número maior de documentos selecionados, o que não aconteceu. Apesar desta frustração, houve um ponto interessante em que 80% dos documentos selecionados estavam ligados a Faculdade de Ciências Médicas<sup>30</sup>. O que demonstra um maior debate da temática interdisciplinar na área da saúde na Unicamp.

Outro fato interessante foi a seleção da primeira pesquisa sobre saúde materno infantil. Porém, como já demonstrado a autora não estabeleceu o que entende como prática multidisciplinar e interdisciplinar.

---

<sup>30</sup> A Faculdade de Ciências Médica da Unicamp é responsável pela graduação de Medicina, Enfermagem e Fonoaudiologia.

## Resultados e discussões

---

Com relação ao descritor: **Interdisciplinaridade e cuidado** quarenta e sete documentos foram encontrados e vinte e quatro<sup>31</sup> selecionados. Destes foi possível observar que os documentos tratam a interdisciplinaridade e o cuidado na saúde baseado na visão psicossocial, respeitando a integralidade do sujeito. Sendo assim, eles tratam da questão do cuidado segundo as diretrizes do SUS.

Para Matos e outros (2010) e Buchaqui e outros (2006) a atuação em equipe interdisciplinar na saúde constitui uma tentativa de superação do modo hegemônico de produção de conhecimentos e de cuidados ao se propor considerar as necessidades dos usuários em suas múltiplas dimensões e desenvolver formas mais motivadoras e criativas de realização do trabalho.

Esta afirmação está de acordo com os autores Donnangelo (2004) e Paim (2000), em que ao falar de reestruturação da saúde se faz necessário uma mudança de paradigma, não mais a visão reducionista e fragmentada do positivismo, mas antes uma visão abrangente e complexa.

Neste sentido, a discussão de Mattos (2009), Feuerwerker (2005) e Cavalcante (2009) mostra que a construção do SUS teve como preocupação o acesso universal, considerando a integralidade do sujeito. Para Mattos a integralidade tem a ver com a recusa as formas de reducionismo. Deve-se, portanto reconhecer que as práticas de cuidados são necessariamente intersubjetivas.

A realização do trabalho também é discutida por Saintrain e outros (2008), para estes a comunicação interdisciplinar caracteriza-se 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. Certa reciprocidade nos intercâmbios, de tal forma que, ao final do processo interativo, cada disciplina saia enriquecida. Para o autor a prática interdisciplinar no cuidado tem importante papel na consolidação da saúde coletiva.

Para Souza e outros (2009) ter habilidade de se comunicar de forma interdisciplinar, implica em ter diálogo, respeito e empatia de se comunicar de forma articulada, o que contribui para a solução dos problemas e aspirações, que deixam de ser individuais, para tornarem-se do grupo. Para Menossi e outros (2008) o estabelecimento da comunicação interdisciplinar não acontece simplesmente pela articulação teórica, mas começa pela

---

<sup>31</sup> Desconsiderando os artigos encontrados duplamente na base do SciELO e LILACS, o total de artigos encontrado perfaz um total de dêsseis.

articulação individual de cada um na prática. Como demonstra Merhy (2002) à articulação ente os saberes devem superar a prática e permear a gestão.

Segundo Berardinelli e outros (2005) e Olschowsky e outros (2007) a interdisciplinaridade significa “uma relação de reciprocidade, de multiutilidade que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida frente ao problema do conhecimento. Pois, as ações de cuidado visam respeitar a individualidade.

Este também foi um ponto discutido por Santos (2009), em que focaliza a indissociabilidade entre produção de serviços e produção de sujeitos singulares. Claro que tal prática se mostra como um desafio, Merhy (1998, 1999, 2002, 2007) demonstra que há uma cultura nos serviços de saúde do uso indiscriminado das tecnologias duras em detrimento das tecnologias leves. Abafando o encontro entre os profissionais de saúde e o sujeito que demanda o serviço.

Saube (2006) reflete a importância central da interdisciplinaridade na consolidação das políticas públicas de saúde. Porém, para Buchabqui e outros (2006) existe algo além dos aspectos ligados especificamente à saúde, as políticas que são determinantes para o sucesso, o afeto entendido aqui em sua dimensão ampla, na verdade deixar-se afetar, que promove proximidade, empatia e carinho. Pois, para ele sem vínculo nada é possível. Para que tal objetivo seja possível é necessário: disposição ao diálogo e uma formação mais abrangente.

Esses achados afirmam-se com os autores debatidos na fundamentação teórica. Vale ressaltar que todo profissional de saúde como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado e como tal dever ser capacitado no campo intersubjetivo do cuidado, nesse sentido a comunicação horizontal interdisciplinar, permite a construção de tal prática. (FRANCO 2004, 2006, SANTOS 2009, MERHY 1998, 1999, 2002, 2007, AMARANTE 2007).

Os documentos aqui não citados, porém foram contabilizados para a pesquisa: Pavarine e outros (2005), Motta e outros (2008), Campos e outros (2006), Lorenzi e outros (2009), Figueiredo (2006), Watanabe (2007), Carvalho Y. (2008) e Farias e outros (2006).

Com relação ao descritor: **Interdisciplinaridade e transversalidade** seis documentos foram encontrados e três <sup>32</sup>selecionados.

Gutiérrez e outros (2009) não entram na definição da interdisciplinaridade e transversalidade, não há um questionamento crítico sobre a comunicação do profissional de saúde no atendimento ou uma proposta de uma pesquisa empírica.

Rangel (2007) convoca a integralização do olhar sobre o objeto do conhecimento e da ação, com relação à comunicação entre os profissionais de saúde, para a autora houve na segunda metade do século XX, uma busca pela comunicação entre as especialidades e pela recomposição da organização do trabalho fragmentado e alienante. Apesar de reconhecer a importância do diálogo não é o foco da sua pesquisa a problematização da comunicação entre os profissionais de saúde.

Rangel defende que a noção de transversalidade surge para tentar superar a hierarquização de saberes disciplinares que, no processo referido, gerou concentração de valores em torno de uns, em detrimento de outros. Na transversalidade, todos os conhecimentos e idéias são válidos e todas as ações são importantes, embora algumas possam ser mais complexas do que outras. Portanto, para Rangel esse tipo de ação facilita a descentralização e a horizontalização, permitindo, através da comunicação, a fluidez do conhecimento entre os componentes da equipe.

Esses achados afirmam-se com os autores debatidos na fundamentação teórica. Merhy (2002) debate a questão do serviço de saúde em que deve se entender como lugar de acolhimento, cuidado e trocas sociais, entendido como serviços que lidam com pessoas e não com doenças. Para tanto se faz necessário “Publicizar” os serviços possibilitando que esse seja atravessado por vários saberes, permitindo que os usuários “permeabilize” os espaços institucionais. Esta transversalidade deve acontecer em todos os âmbitos, portanto Franco (2006) propõe processos gerenciais, autogestores, publicamente balizados a partir de contratos e na lógica dos usuários. Ainda citando Franco (2006), a capacidade de estabelecer relações é um saber intrínseco a atividade laboral e ao processo de trabalho do profissional de saúde.

---

<sup>32</sup> Desconsiderando os artigos encontrados duplamente na base do SciELO e LILACS, o total de artigos encontrados perfaz um total de dois.

Com relação ao descritor: **Interdisciplinaridade e transdisciplinaridade** trinta e quatro documentos foram encontrados e onze<sup>33</sup> selecionados.

Segundo Vasconcelos (1997 apud ALMEIDA FILHO 2005, pg. 40) a transdisciplinaridade significa uma radicalização da interdisciplinaridade, “com a criação de um campo teórico, operacional ou disciplinar de tipo novo e mais amplo”.

Para Garcia e outros (2007) o conceito de interdisciplinaridade/transdisciplinaridade é ao mesmo tempo uma questão de saber e poder, que implica uma consciência dos limites e das potencialidades de cada campo de saber para que possa haver uma abertura em direção de um fazer coletivo. Para a autora a crítica contemporânea orienta-se para a interdisciplinaridade, e de forma radical, para a transdisciplinaridade, que declara a existência de vários níveis da realidade e o espaço entre as disciplinas e para além das disciplinas, apresentando-se como uma estrutura descontínua e dinâmica.

Albuquerque e outros (2009) esclarecem que a proposta inter/transdisciplinar não significa negar cegamente as disciplinas, nem ser contrário às especializações. Nesse sentido, Crema 1993 (apud ALBUQUERQUE et al 2009, pg. 266) propõe uma reflexão sobre a transdisciplinaridade como uma “abertura do especialista ao todo que o envolve o diálogo com outras formas de conhecimento e visões do real, visando a complementaridade”.

Neste ponto é interessante retomar a afirmação de Amarante (2007), a proposta não é negar a doença ou a experiência de dor e sofrimento, mas antes um posicionamento frente a tentativa de alguns serviços, de objetivar a subjetividade do sujeito. Assim, a transdisciplinaridade/interdisciplinaridade se organiza como vetor, uma válvula de escape, proporcionando diálogo e conexões de saberes. Proporcionando um contexto de interação ou interpessoal, que vai além da doença valorizando a visão integral do sujeito.

Segundo Luz (2009) a proposta da transdisciplinaridade, a produção discursiva tende a ser cooperativa entre os distintos saberes. Para Garcia e outros (2007) a comunicação transdisciplinar possibilita pensar problemas não resolvidos por uma área, por meio do diálogo entre áreas e pesquisadores, podendo funcionar como dispositivo que faz avançar relações.

Esses achados afirmam-se com os autores debatidos na fundamentação teórica. Para Motta (2008) a interdisciplinaridade é o reconhecimento da realidade como complexidade organizada. Implica que se busque compreendê-la mediante estratégias, de modo a compreender as múltiplas interconexões nela existentes.

---

<sup>33</sup> Desconsiderando os artigos encontrados duplamente na base do SciELO e LILACS e artigos selecionados em dois descritores do Lilacs o total de artigos encontrado perfaz um total de sete.

Para a autora, no trabalho em equipe, o campo de saber tende a se alargar, possibilitando a emergência de novas práticas, geradas no exercício de troca.

A principal característica da interdisciplinaridade, para Almeida Filho (2005), é o diálogo, e espaço de troca de saberes e práticas. Que acontece em ato. O que Barembritt (1994) chama de campo de imanência.

Os documentos aqui não citados, porém foram contabilizados para a pesquisa: Braga (2009), Garcia (2006) e Oliveira (2008).

Com relação ao descritor: **Interdisciplinaridade e Processo de trabalho** sessenta e oito documentos foram encontrados e quinze<sup>34</sup> selecionados.

Ferreira e outros (2009) e Bagnato e outros (2007) criticam a formação do profissional de saúde centrado no modelo biomédico. De acordo com a pesquisa de Ferreira o diálogo, a co-participação e a fluidez entre os núcleos de conhecimento são estratégias fundamentais no fortalecimento dessa formação, que privilegia a visão integral do sujeito.

A autora salienta a importância de que o cuidar e/ou processo de trabalho em saúde se refere ao ser humano, sendo permeado de subjetividade e objetividade, cujas intervenções ocorrem por meio de relações interpessoais entre a equipe de profissionais e os usuários dos serviços de saúde, caracterizando-se como complexo e amplo campo de conhecimento e trocas. Assim, a integração aparece como um desafio, exigindo profissionalismo, tendo presente que a comunicação, flexibilidade, diversidade e criatividade todos estes são elementos impactantes no processo de saúde.

Para Furlan (2008) a identificação das necessidades de saúde é um processo a ser realizado em equipe e o espaço coletivo é importante instrumento para efetivação dessa construção. A autora defende a integralização do corpo de saúde aos Agentes comunitários, pois estes evidenciam pontos sutis no processo de trabalho e dos casos clínicos acompanhados, mas são silenciados na equipe, pela dificuldade de se trabalhar no cotidiano das práticas moldadas pelo modelo médico hegemônico.

Lavado e outros (2010) demonstram que o serviço de saúde brasileiro ainda precisa ser refletido e mudado. Concluem que apesar de haver compromisso na realização do trabalho, o médico está centrado nas tecnologias duras e leve-duras. Estes não dominam as tecnologias

---

<sup>34</sup> Desconsiderando: os artigos encontrados duplamente na base do SciELO e LILACS, o artigo selecionado em dois descritores do LILACS e o documento selecionado em dois descritores na base da USP o total de documentos selecionados perfaz um total de treze.

leves, estão distantes do gerenciamento do trabalho da equipe ou de seu próprio trabalho cotidiano.

Lavado reforça algo que vá além das propostas de Bagnato e Ferreira, que seria a Educação Permanente em Saúde. Segundo a autora esta constitui uma estratégia fundamental para a transformação do trabalho. Por sua vez a educação não deve estar somente centrada nos problemas médicos e epidemiológicos da comunidade, mas nas deficiências do atendimento cotidiano. Reflete-se a necessidade de discussão dos processos de trabalho destes profissionais, agora organizados em forma de equipe. Guedes e outros (2010) defendem a prática interdisciplinar com veículo de produção diálogo e transformação do trabalho em saúde.

Para Tavares e outros (2005) todas as formulações de políticas e estratégias sobre transformação do trabalho deve ser pensada a partir da práxis, momento em que elas se concretizam e se tornam singulares no espaço estudado. Neste sentido, é no diálogo voltado à práxis concreta, que se possibilita a sua própria qualificação e aprimoramento. Pensando nesta prática é que Nascimento e outros (2010) acreditam que a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), reflete a busca crescente pela integralidade da atenção e pela interdisciplinaridade das ações em saúde.

Esses achados estão afirmam-se com os autores da fundamentação teórica. Merhy (2002) demonstra que a tarefa de operar no processo de trabalho passa pela construção de um modelo tecno-assistencial, que não despreze nenhum recurso tecnológico, clínico e ou sanitário para a sua ação.

Lembrando que a escolha desses descritores buscou a sistematização da pesquisa. Porém, seria um erro pensar o processo de trabalho longe da gestão, do cuidado e o acolhimento.

Amarante (2007) debate essa fragmentação do processo de trabalho e discute a formação de redes entre a teoria e a assistência, o jurídico, o político e a cultura. Pois, para alcançar as dimensões da singularidade do indivíduo é preciso entender que o mesmo é um sujeito complexo, dotado de esferas, não resumidas em prescrições e manobras técnicas.

Os documentos aqui não citados, porém foram contabilizados para a pesquisa: Matos e outros (2007), Mendes e outros (2009), Meira (2010), Nogueira (2010), Mourão (2006), Motta (2007) e Bezerra e outros (2010).

Com relação ao descritor: **Interdisciplinaridade e comunicação** setenta documentos foram encontrados e vinte<sup>35</sup> selecionados.

Com relação à comunicação entre os profissionais de saúde, Carvalho (2006) reconhece a necessidade de conversão da atenção intelectual e científica, da coerência entre o sujeito da nova consciência disciplinar e a realidade atual em que opera. Para o autor a comunicação interdisciplinar é um ponto de ligação, possibilitando apreender a complexidade do problema/objeto em causa. Pontua a necessidade de uma nova pedagogia onde possa, também, tomar lugar a disciplina da não-especialidade ou da polivalência, pois já existem peritos polivalentes em várias disciplinas. Com mais frequência, existem equipes multidisciplinares ou pluridisciplinares, nas quais os especialistas, de formação diversificada, permanecem estranhos uns aos outros; falam linguagens diferentes que, longe de se comporem, de se harmonizarem entre si, se excluem, se negam reciprocamente.

Gattás e outros (2007), Alarcão e outros (2005) e Tavares (2005) trabalham com a noção de saber é poder e a prática interdisciplinar ao ressignificar papéis profissionais e criticar o fechamento das especialidades, cristalizadas pelos anos, pode representar perda de exclusividade e de poder disciplinar. O que envolverá luta pela hegemonia de grupos de interesses. Porém para Tavares essa força contrária pode ser usada como motivadora para o trabalho em equipe interdisciplinar.

Para Saupe (2005), (2007) a interdisciplinaridade é entendida como um dos conceitos nucleares para consolidação das políticas públicas na área da saúde (SUS e PSF), entendida como uma competência que resulta de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes.

Para a inserção de tal prática no processo de trabalho em saúde é necessário, segundo Costa Neto 2000 (apud SAUPE 2005), que se estabeleça uma nova relação entre os profissionais de saúde, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe.

A autora cita algumas atitudes essenciais para a prática interdisciplinar: educação, participação em saúde e gerenciamento. A estas, ela chama de competências gerais e a atitude. Sendo a atitude a competência mãe.

---

<sup>35</sup> Desconsiderando os artigos encontrados duplamente na base de SciELO e LILACS e os artigos selecionados em dois descritores do Lilacs o total de documentos selecionados per faz um total de onze documentos.

Mancopes (2009), Batista (2006), trabalham em seus artigos com o conceito da interdisciplinaridade no ensino e formação dos currículos dos profissionais de saúde.

Os documentos aqui não citados, porém contabilizados para a pesquisa: Carvalho (2005), Canesqui (2010) e Canoletti (2008).

Esses achados afirmam-se com os autores da fundamentação teórica, em que trabalham com a noção de comunicação/diálogo como necessária a prática da saúde. Segundo Motta (2008) o trabalho em saúde se caracteriza por ser reflexivo e dependente de colaborações e saberes. Como foi demonstrado, o trabalho em saúde é intersubjetivo, logo marcado pela complexidade dos sujeitos envolvidos, das tecnologias, das relações sociais e interpessoais, da organização do espaço dinâmico.

Com relação à comunicação há um consenso de que a interdisciplinaridade proporcionou a produção discursiva comunicativa horizontalizada. O diálogo interdisciplinar é construído pela problemática suscitada pelo relacionamento de várias disciplinas. Esta prática, atravessada por vários saberes e subjetividades poderia tender ao conflito, porém o seu objetivo é a quebra da hegemonia de um sobre o outro, direcionado ao bem comum. (ALMEIDA FILHO 2005).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

Este trabalho se propôs a discutir questões ligadas à interdisciplinaridade e saúde. Teve como pergunta norteadora: *quais são as concepções e as respectivas características das pesquisas sobre a comunicação horizontal dos profissionais de saúde que compõe uma equipe interdisciplinar?* Trata-se de um estudo teórico, exploratório para buscar o estado da arte sobre a comunicação interdisciplinar na literatura. Para alcançar tal objetivo, foi elaborada uma revisão bibliográfica a bases de dados: SCIELO, LILACS, Portal de dissertações e teses da USP e UNICAMP, fundamentada a partir da discussão sobre processo de trabalho em saúde, cuidado e interdisciplinaridade.

A fundamentação teórica foi construída a partir de autores que debatem a integralização da saúde a partir das diretrizes do SUS. São autores com Merhy, Donnangelo, Paim e tantos outros que buscam uma saúde de qualidade, universal que promova a autonomia ao usuário através de atos de saúde.

Para alcançar tal objetivo a proposta é a prática interdisciplinar, construindo espaço de trocas e combatendo a fragmentação do saber. O atravessamento dos vários saberes provoca uma sensibilidade do profissional que estará mais aberto a deixar-se afetar pelas problemáticas que chegam a ele, através dos coletivos que compõem um serviço de saúde.

Para a realização desta pesquisa foram encontradas algumas dificuldades: primeiro foi a questão da disparidade das bases com relação às palavras chaves e assunto. O que me fez questionar sobre a atribuição dos descritores pelos autores. Em muitas situações ao selecionar a busca do descritor nas bases, surgem muitas pesquisas que de nada falam sobre o tema. Porém foi muito interessante encontrar a pesquisa de Canolleti (2008) na biblioteca da USP que demonstra a dificuldade em pesquisar nos bancos de dados, principalmente dada à ausência de definição dos termos: trabalho em equipe e interdisciplinaridade, ou por uma questão de falta de rigor metodológico.

A segunda foi a pesquisa ao LILACs, para chegar ao acervo da BVS é necessário ter muita paciência e garimpar nas muitas informações presente no site. Já o SCIELO é muito didático e dinâmico, rapidamente é possível alcançar o objetivo. As bases da USP e UNICAMP são fáceis e não apresentaram dificuldade.

Outra dificuldade foi a decisão da leitura integral ou fragmentada dos documentos selecionados. Com os artigos, a decisão foi a leitura dos textos na sua integralidade, porém com as dissertações e teses a escolha foi ler a introdução e conclusão. E ainda tivemos os artigos de acesso pago que não foram analisados.

Através de um mapa analítico preliminar das tendências sobre interdisciplinaridade na produção científica de 2005 a 2010, nas bases pesquisadas, pode-se perceber que a prática interdisciplinar envolve as competências desejadas ao profissional de saúde como: atitude, habilidade, disponibilidade, um deixar-se afetar. É necessário, contudo, que as políticas envolvam críticas e reflexões na formação deste profissional (debate no currículo), em propostas ampliadas na formação como residências integradas e na educação permanente.

Este mapa revelou a necessidade de pesquisas no âmbito das práticas dos profissionais de saúde, privilegiando a crítica de como se organiza o discurso e prática da comunicação horizontal em equipes interdisciplinares. Discutindo a educação permanente e formação integrada, possibilitando novos caminhos para o cuidado, acolhimento e autonomia aos usuários do serviço de saúde. Foi possível perceber que este assunto é pouco debatido em alguns estados como o Rio de Janeiro, levando em consideração as bases consultadas.

Foram encontrados 225 documentos nas quatro bases pesquisadas e setenta foram selecionados. Desconsiderando os documentos selecionados duplamente, foram quarenta e nove documentos selecionados e analisados. Destes não houve um documento que se propusesse a questionar empiricamente a questão da comunicação horizontal na equipe interdisciplinar de saúde.

Em um primeiro momento esse “vazio” das publicações pode nos levar a interpretar que a questão do diálogo/comunicação horizontal não é muito enfatizada na prática da saúde, porém as pesquisas demonstraram que, pelo contrário, trata-se de um requisito fundamental por promover a troca de saberes e aproximação com os vários profissionais da área. A importância pode ser medida na pesquisa ao SciELO em que houve um consenso de que a interdisciplinaridade é um método necessário e eficaz para dar conta das várias necessidades em saúde e a comunicação/diálogo como o campo possível para a construção de tal prática

Dos artigos selecionados do LILACS houve uma crítica predominante ao saber fragmentado e prática médica centrada que não consegue abarcar conceitos que envolvam a vida. Pois, o trabalho em saúde é marcado pelas relações interpessoais entre os profissionais e usuários, sendo um trabalho reflexivo e dependente do recrutamento de saberes distintos.

A prática interdisciplinar, por aglutinar saberes e subjetividades gera um espaço construtivo voltado ao bem comum. O desafio da interdisciplinaridade é desconstruir o papel de cada um na produção do cuidado, fazendo emergir projetos terapêuticos entre-saberes, circulando olhares e desejos, neste movimento de integração entre a equipe que venham enriquecer a produção científica sobre este tema.

## Referências

---

ALBUQUERQUE, V. et al. Currículos Disciplinares na Área da Saúde: Ensaio Sobre o saber e o Poder. **Interface- Comunicação**, Bocatú, v.13, n. 31, p. 261-272, 2009.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Saúde e Sociedade**, v.. 14, n. 3, p. 30-50, 2005.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro. Ed: Fiocruz, 2007; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Apresentação de citações em documentos**. Rio de Janeiro: ABNT/Fórum Nacional de Normalização, 1988.

BAREMBLITT, G.F. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. Rio de Janeiro, Rosa dos tempos, 1994.

CARVALHO e APARECE NA PÁGINA 60. VERIFICAR O e E ACRESCENTAR ÀS REFERÊNCIAS.

CANDAU, V.M. & OSWALD, M.L.M.B. Avaliação no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Cadernos de Pesquisa**, n. 95, p. 25-36, 1995.

CANOLETTI, B. **Trabalho em equipe de saúde e de enfermagem: análise sistemática da literatura**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

CAVALCANTE Filho, J. B.; VASCONCELOS, E. M. S.; CECCIM, R. B. e GOMES, L. B. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface**, Botucatu, v. 13, n.31, p. 315-328, 2009.

CECÍLIO, L.C.O. É possível trabalhar o conflito como matéria prima da gestão em saúde? **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 508-516, 2005.

COSTA NETO, M.M. (org). **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretária de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

CREPALDI, Maria Aparecida. **Bioética e interdisciplinaridade: direitos de pacientes e acompanhantes na hospitalização**. Ribeirão Preto: Paidéia, v.9, n.16, p. 89-94, 1999;  
DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilema e prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DIMENSTEIN, M. A prática dos psicólogos no Sistema Único de Saúde/SUS. In: **I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS – Cartilha do Conselho Federal de Psicologia** – Brasília, 2006.

DONNANGELO, M.C. **Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

EQUIPE TÉCNICA DO CAPS RUBENS CORRÊA. Interdisciplinaridade: reflexões de uma prática. In: **Práticas ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano. Cadernos do IPUB**, n. 14, Rio de Janeiro: UFRJ/ IPUB, 1999.

FAZENDA, I.C.A - **Interdisciplinaridade - Um projeto em parceria**. São Paulo: Loyola, 1991.

\_\_\_\_\_. **Interdisciplinaridade de A a Z**. Rio de Janeiro: Ed. Cortez, 2001.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS, **Interface 489 - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.18, p.489-506, 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Gestão em redes**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ Abrasco, p.459-73. 2006.

\_\_\_\_\_, M.J. & H. M. **Integralidade na assistência a saúde. A organização das linhas de cuidado**. In: **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2004.

GAVIÃO, A.C.D. & PINTO, K.O. Representações da interdisciplinaridade: Um estudo através do procedimento de desenhos-estórias com tema. **Revista de Psicologia Hospitalar**, v. 15, n. 2, p. 7-17, 1998.

GOLDENBERG, M. **A arte de Pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GUATARRI, F. & SUELI ROLNIK. **Micropolítica: Cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

GUEDES, E. L. et al. Relações disciplinares em um centro de ensino e pesquisa em prática de promoção da saúde e prevenção de doenças. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 2, p. 260-272, 2010.

JODELET, D. Olhares sobre as metodologias qualitativas. In: MOSCOVIC, S. & BUSCHINI, F. (org.). **Os Métodos das Ciências Humanas**. Cuiabá: GPEP, 2003.

KURBAN, E. **Teoria, prática e formação do Fisioterapeuta: Situação e perspectiva**. Blumenau: Edifurb, 2005.

LOCH- NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, p. 1463-1472, 2010.

MATTOS, RUBEN ARAUJO. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface**, Botucatu, v.13, supl.1, p.771-780, 2009.

MERHY, E.E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e saúde coletiva**, v.4, n. 2, p. 305-314, 1999.

\_\_\_\_\_. Os CAPS e seus trabalhadores: No olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. IN: **A Revista Psiquiátrica no cotidiano II**. Editora Hucitec, Campinas, 2007.

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: **Agir em saúde: Um desafio para o público**. Org. Merhy, E.E. e Onoko, R. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_. **Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção**. Separata, Campinas, 2002.

\_\_\_\_\_. O SUS e um dos seus dilemas: Mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde. IN: Texeira, S.F. (org). **Democracia e saúde**. São Paulo: CEBES/Lemos. 1998.

\_\_\_\_\_. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência**. Disponível em -<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-10.pdf>.

MINAYO, M.C.S. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 42-63, 1994.

MORE, Carmen L. O. et al . Contribuições do pensamento sistêmico à prática do psicólogo no contexto hospitalar. **Estudos de Psicologia**. Maringá, v.. 14, n. 3, p. 465-473, 2009.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: Repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand, 2000.

MOTTA, L. B. et al. A Formação de Profissionais para Atenção Integral à Saúde do Idoso: A Experiência Interdisciplinar do NAI- UNATI/ UERJ. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1143- 1151, 2008.

PAIM, J. E Almeida, F. N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

ROTHER, E.T. Editorial. Revisão Sistemática x Revisão Narrativa. **Actual Paul Enfermagem**, v.. 20, n 2:vi, 2007.

RÚDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis, Vozes, 32 ed. 2004.

SANTOS, F. S. B.; BARROS, M. E. B. & GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface**, Botucatu, v.13, supl.1, p. 603-613, 2009.

SAUPE, R. Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Texto contexto- Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, 2007.

SAUPE, R. e BUDO, M.L.D. Pedagogia interdisciplinar: "educare" (educação e cuidado) como objeto fronteiriço em saúde. **Texto contexto - enfermagem**, v.15, n.2, p. 326-333, 2006.

\_\_\_\_\_. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 18, 2005.

SILVEIRA, C. S. **Pesquisa em enfermagem oncológica no Brasil: Uma revisão integrativa**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

TAVARES, A. M. C. et al. Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar a saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 213- 221, 2005.

TONETTO, Aline Maria e GOMES, William Barbosa. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. Campinas: **Estudos de Psicologia**, v.24, n.1, p. 89-98, 2007.

VASCONCELLOS, M.J.E. **Pensamento sistêmico. O novo paradigma da ciência**. São Paulo: Papiros, 2002.

## Anexos

---

### *Referencia da pesquisa a base de dados do SciELO e LILACS*

Autor	Título do documento	Área de publicação	Ano e Estado
BERARDINELLI, L. M. M. et al.	Repensando a interdisciplinaridade e o ensino de enfermagem.	Texto contexto – Enfermagem	2005. Florianópolis
ALBUQUERQUE, V.; et al.	Currículos disciplinares na área de saúde: Ensaio sobre o saber e poder.	Interface- Comunicação	2009. Botucatu.
GARCIA, A.A.M; et al.	A interdisciplinaridade necessária a educação médica.	Rev. Brasileira de educação médica	2007. São Paulo
LUZ, M.T.	Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas- análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática.	Saúde Sociedade	2009. São Paulo
PAVARINI, S. C. I. et al.	A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão?	Texto contexto - enfermagem	2005. Florianópolis
SAUPE, R.	Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil.	Texto e contexto- Enfermagem	2007. Florianópolis
SAUPE, R.	Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar.	Interface- Comunicação	2005. Florianópolis

SAUPE, R. et al.	Pedagogia interdisciplinar: "educare" (educação e cuidado) como objeto fronteiro em saúde.	Texto contexto – enfermagem	2006. Florianópolis
CAMPOS, S. H. et al.	Cuidado nutricional na visão de enfermeiras docentes.	Rev. Nutrição	2006. On Line
OLSCHOWSKY, A. et al.	Knowledge of nurses at a psychiatric hospitalization unit of a teaching hospital.	Rev. Latino-Am. Enfermagem	2007. On Line
LORENZI, D. R. S. et al.	Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas.	Rev. bras. Enfermagem	2009. Brasília
MOTTA, L. B. et al.	A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI- UNATI/UERJ.	Ciênc. saúde coletiva	2008. Rio de Janeiro
ALMEIDA FILHO, N.	Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde.	Saúde e Sociedade	2005. São Paulo
MENOSSE, M. J. et al.	Pain and the challenge of interdisciplinarity in child care.	Rev. Latino-Am. Enfermagem	2008. On Line
MANCOPE, R. et al.	Interdisciplinaridade na fonoaudiologia: a concepção do professor.	Rev. CEFAC	2009. São Paulo
CANESQUI, A. M.	Temas e abordagem das ciências sociais e humanas em saúde na produção acadêmica de 1997 a 2007.	Ciênc. saúde coletiva	2010. Rio de Janeiro
CARVALHO, VILMA	Acerca da interdisciplinaridade: aspectos epistemológicos e implicações para a enfermagem.	Rev. Escola Enfermagem	2006. São Paulo
GUTIERREZ, M. G. R. et al.	O Ensino da cancerologia na enfermagem no Brasil e a contribuição da Escola Paulista de Enfermagem-Universidade Federal de São Paulo.	Texto contexto – Enfermagem	2009. Florianópolis

BUCHABQUI, J. A. et al.	Convivendo com Agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/ aprendizado em saúde.	Rev. Brasileira de Educação Médica	2005. Rio de Janeiro
MATOS, E. et al.	Expressões da subjetividade no trabalho de equipes interdisciplinares de saúde.	Rev. Mineira Enfermagem	2010. Belo Horizonte
SOUZA, P. R. D. et al.	Interdisciplinaridade: Identificando concepções e limites para a sua prática em um serviço de saúde.	Rev. Eletr. Enfermagem	2009. On Line
SAINTRAIN, L. V. M. et al.	Saúde bucal do idoso: Abordagem interdisciplinar.	Ciênc. Saúde Coletiva	2008. Rio de Janeiro
CARVALHO, Y. M. et al.	Atividade Física, Saúde e Comunidade.	Cadernos Saúde Coletiva	2006. Rio de Janeiro
RANGEL, M. L.	Interdisciplinaridade e transversalidade: Operacionalizando o conceito de risco no âmbito da vigilância sanitária.	Rev. Baiana de Saúde Pública	2007. Salvador
GARCIA, A. A. M.	Interdisciplinaridade e integralidade no ensino em saúde.	Rev. Ciênc. Médica	2006. São Paulo
OLIVEIRA, I. S.	Novas perspectivas em educação alimentar e nutricional.	Psicologia USP	2008. São Paulo
TAVARES, M. M. C.	A Interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial.	Texto e Contexto Enfermagem	2005. Florianópolis
GATTÁS, L. B.M. et al.	A interdisciplinaridade da educação.	Rev. RENE	2007. Ceará
BATISTA, S. H. S. A	Interdisciplinaridade no Ensino Médico.	Rev. Brasileira de Educação Médica	2006. Rio de Janeiro
ALARCÃO, I. et al.	Interdisciplinaridade, Estágios clínicos e Desenvolvimento de Competência.	Texto e Contexto Enfermagem	2005. Florianópolis

MENDES, S. F. et al.	Qualidade de vida e interdisciplinaridade: a necessidade do programa de assistência domiciliar na prevenção das complicações em idosos com disfagia.	O Mundo da Saúde	2009. São Paulo
FERREIRA, R. S. et al.	Residência integrada em saúde.	Rev. Gaucha Enfermagem	2009. Rio Grande do Sul
BAGNATO, S. H. M. et al.	De interdisciplinaridade e multirreferencialidade na educação superior em saúde.	Cogitare Enfermagem.	2007. On Line
LAVADO, M. M. et al.	Avaliação do processo de trabalho médico no programa saúde da família: uma ferramenta para educação permanente.	O Mundo da Saúde	2010. São Paulo
MOTTA, B. L. et al. (b)	Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade.	Ciência e Saúde Coletiva	2007. Rio de Janeiro
GUEDES, E. L. et al.	Relações disciplinares em um centro de ensino e pesquisa em prática de promoção da saúde e prevenção de doenças.	Saúde Sociedade	2010. São Paulo
NASCIMENTO, G. D. D. et al.	Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos núcleos de apoio a saúde da família.	O Mundo da Saúde	2010. São Paulo
TAVARES, A. M. C. et al.	Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar a saúde.	Texto e Contexto Enfermagem	2005. Florianópolis
FARIAS, M.C., et al.	Retroação Social em Enfermagem Comunitária: Um Estilo de Cuidado Social.	Nursing	2006.
BEZERRA, R. S. et al.	Arranjo matricial e o desafio da interdisciplinaridade na atenção básica: A experiência do NASF em Camaragipe.	Divulgação Saúde em Debate	2010. Belo Horizonte

*Referencia da pesquisa a base da USP*

Autor	Título do documento	Área de publicação	Ano e Estado
BRAGA, T. B.	Supervisão de Supervisão: Grande angular fenomenológica na cartografia de práticas clínicas em contextos institucionais e comunitários.	Instituto de Psicologia	2010. São Paulo
CANOLETTI, B.	Trabalho em equipe de saúde e de enfermagem: análise sistemática da literatura.	Escola de Enfermagem	2008. São Paulo
FIGUEIREDO, J. S.	Desafios e perspectivas em atividades educativas de promoção da saúde de um grupo de portadores de hipertensão arterial, sob o paradigma da interdisciplinaridade.	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto	2006. São Paulo
WATANABE, M. G. C.	Mudanças curriculares no curso de odontologia da faculdade de odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Um olhar para a aproximação com os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.	Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto	2007. São Paulo

*Referencia da pesquisa a base da Unicamp.*

Autor	Título do documento	Área de publicação	Ano e Estado
MEIRA, M. S. D.	Análise das práticas de humanização do SUS:O acompanhamento multidisciplinar em ambulatórios de Follow Up de Bebês de risco-CRDI Fênix	Faculdade de ciências médicas	2010. São Paulo
CARVALHO, K. B.	TIC's na graduação em Roraima: Uma prática educacional no curso de Fisioterapia das Faculdades Cathedral	Faculdade de Educação	2005. São Paulo
NOGUEIRA, S. A. J.	A assembléia abre portas: Uma visão histórica no contexto da Unidade de Internação do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira	Faculdade de Ciências Médicas	2010. São Paulo
MOURÃO, C. L.	O professor e a instituição formação em saúde: Implicações nas transformações curriculares	Faculdade de Ciências Médicas	2006. São Paulo
FURLAN, G. P.	Veredas no Território: Análise da prática de Agentes Comunitários de Saúde	Faculdade de Ciências Médicas	2008. São Paulo