

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM EDUCAÇÃO
PROFISSIONAL EM SAÚDE

Nathália Soares dos Santos Lopes

O TRABALHO EM EQUIPES INTERDISCIPLINARES EM SAÚDE: concepções,
atravessamentos e potencialidades

Rio de Janeiro

2022

Nathália Soares dos Santos Lopes

O TRABALHO EM EQUIPES INTERDISCIPLINARES EM SAÚDE: concepções,
atravessamentos e potencialidades

Trabalho de Dissertação apresentado à Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como
requisito parcial para obtenção do título de
mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Márcia de Oliveira Teixeira

Rio de Janeiro

2022

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

L864t Lopes, Nathália Soares dos Santos
 O trabalho em equipes interdisciplinares em
 saúde: concepções, atravessamentos e
 potencialidades / Nathália Soares dos Santos
 Lopes. - Rio de Janeiro, 2022.
 96 f.

Orientadora: Márcia de Oliveira Teixeira

Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo
Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação
Profissional em Saúde, 2022.

1. Comunicação Interdisciplinar. 2. Unidades
Hospitalares. 3. Atenção à Saúde. 4. Equipe de
Saúde. I. Teixeira, Márcia de Oliveira. II. Título.

CDD 302.2

Nathália Soares dos Santos Lopes

O TRABALHO EM EQUIPES INTERDISCIPLINARES EM SAÚDE: concepções,
atravessamentos e potencialidades

Trabalho de Dissertação apresentado à Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como
requisito parcial para obtenção do título de
mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 30/06/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Márcia de Oliveira Teixeira (Fiocruz/EPSJV)

Prof^a Leticia Batista da Silva (Fiocruz/EPSJV)

Prof^a Ana Lúcia Abrahão da Silva (UFF)

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu pai, aquele que me deu todas as oportunidades, aberturas, acolhimento, café, incentivo e suporte para enfrentar a caminhada até aqui. O melhor de tudo é que, independentemente do que esteja por vir, você estará no final da estrada com os braços abertos a me receber.

Agradeço a Márcia, minha orientadora, por toda paciência, atenção e acolhimento, por estar ao meu lado nessa trajetória igualmente desafiadora e prazerosa, abrindo minhas percepções e demonstrando que a relação entre orientador e orientando pode ser leve, de parceria e construção.

RESUMO

A interdisciplinaridade se apresenta na literatura como um conceito polissêmico, englobando diversas concepções pautadas, sobretudo, no contexto histórico-social em que é empregada. Na área da saúde e, mais especificamente, no ambiente hospitalar, a interdisciplinaridade é inserida no contexto do trabalho em equipe objetivando a integralidade. Diante da multiplicidade de sentidos que este conceito apresenta, o objetivo da presente pesquisa é realizar uma cartografia das concepções de trabalho em equipes interdisciplinares de saúde no ambiente hospitalar, a partir da análise da produção científica nacional, por meio de uma seleção de artigos científicos e livros, não se tratando, portanto, de uma cartografia exaustiva do tema. Trata-se de uma pesquisa qualitativa apoiada integralmente na revisão de literatura. A pesquisa foi dividida em dois grandes blocos: o primeiro desenvolve a discussão do conceito da interdisciplinaridade, o histórico de sua construção e sua inserção no campo da saúde, enquanto que o segundo traz estudos de caso e relatos de experiências de como o conceito se aplica nas práticas dos hospitais. Os resultados obtidos demonstram que, apesar da polissemia do conceito, há uma concordância geral do objetivo do mesmo; no entanto, a interdisciplinaridade encontra barreiras estruturais e enraizadas no ambiente hospitalar que limitam sua efetividade. Identificamos, portanto, a ausência de estudos que trabalhem aspectos basilares dos problemas reais do trabalho em saúde e que, conseqüentemente, limitam o trabalho em equipes interdisciplinares, como a dinâmica de reprodução do capitalismo atual atravessando diretamente as relações de trabalho na saúde.

Palavras-chave: Comunicação Interdisciplinar. Unidades Hospitalares. Atenção em Saúde. Equipe de Saúde.

ABSTRACT

Interdisciplinarity is presented in the literature as a polysemic concept, encompassing different conceptions based, above all, on the historical-social context in which it is used. In the health care system and, more specifically, in the hospital environment, interdisciplinarity is inserted in the context of teamwork aiming at integrality. Given the multiplicity of meanings that this concept presents, the objective of the present research is to carry out a cartography of the conceptions of work in interdisciplinary teams in the hospital environment, based on the analysis of national scientific production, through a selection of scientific articles and books, not being, therefore, an exhaustive cartography of the theme. This is a qualitative research fully supported by the literature review. The research was divided into two large blocks: the first one develops the discussion of the concept of interdisciplinarity, the history of its construction and its insertion in the field of health, while the second one brings case studies and reports of experiences of how the concept is applied in hospital practices. The results obtained demonstrate that, despite the polysemy of the concept, there is general agreement on its objective; however, interdisciplinarity encounters structural and rooted barriers in the hospital environment that limit its effectiveness. We identified, therefore, the absence of studies that explore the basic aspects of the real problems of healthcare labor and that, consequently, limit the work in interdisciplinary teams, such as the dynamics of reproduction of current capitalism directly crossing work relationships in health.

Keywords: interdisciplinary communication, hospital units, health care, health team.

LISTA DE TABELAS

Quadro I - Levantamento de produções sobre Interdisciplinaridade, trabalho em saúde e gestão do trabalho.....	16
Quadro II - Levantamento de artigos sobre trabalho em equipe interdisciplinar no hospital .	53

LISTA DE ABREVIATURAS

Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)

Bacharelados Interdisciplinares (Bis)

Centro de Tratamento e Terapia Intensiva (CTI)

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

Dispositivo de Assistência Ventricular (DAV)

Descritores em Ciências da Saúde (DECS)

Novas formas de organização do trabalho (NFOT)

Política Nacional de Humanização (PNH)

Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)

Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI)

Sistema Único de Saúde (SUS)

Scientific Electronic Library Online Brasil (SCIELO)

Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

Universidade Federal do ABC (UFABC)

Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA)

Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA	12
3 QUADRO I - Levantamento de produções sobre Interdisciplinaridade, trabalho em saúde e gestão do trabalho	16
4 CAPÍTULO I - BLOCO I	19
4.1 EIXO I - A(s) interdisciplinaridade(s).....	19
4.2 EIXO II - O trabalho em equipes: concepções	32
4.3 EIXO III - Trabalho e gestão na saúde	41
4.4 Considerações parciais do Bloco I.....	50
5 QUADRO II - Levantamento de artigos sobre trabalho em equipe interdisciplinar no hospital	53
6 CAPÍTULO II - BLOCO II	57
6.1 Atravessamentos para a prática interdisciplinar no hospital	58
6.2 Potencialidades do trabalho em equipes interdisciplinares em saúde	68
6.3 Apostas para o trabalho em equipe interdisciplinar.....	78
6.4 Considerações parciais do Bloco II	83
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
8 POSSÍVEIS DESDOBRAMENTOS.....	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92

1 INTRODUÇÃO

O **objetivo geral** da presente pesquisa é realizar uma cartografia das concepções de trabalho em equipes interdisciplinares de saúde no ambiente hospitalar a partir da análise da produção científica nacional, por meio de uma seleção de artigos científicos e livros, não se tratando, portanto, de uma cartografia exaustiva do tema. Neste estudo, entende-se por *cartografia* o desenho de um mapa aberto que comporta diversas concepções pautadas em experiências e perspectivas de cada autor ou abordagem teórico-metodológica, principalmente quando estamos lidando com conceitos polissêmicos, como é o caso da interdisciplinaridade, ou conceitos como “processos de trabalho em saúde” e “produção de cuidado em saúde” que tratam de processos histórico-sociais dinâmicos, complexos e baseados na construção de conexões diversas entre os sujeitos e suas experiências de trabalho (Merhy e Franco, 2012). Entretanto, embora a ideia seja contribuir com o resgate da complexidade social dos estudos sobre concepções de trabalho em equipes interdisciplinares, não propomos empregá-la ou analisá-la exatamente como método analítico compreensivo a partir dos trabalhos de Deleuze e Guattari (Mil Platôs (1980) e Anti Édipo (1972)).

Também se faz conveniente ressaltar que, por se tratar de uma pesquisa de dissertação de mestrado com duração de dois anos e realizada em um contexto pandêmico, no qual muito limitou o alcance da pesquisa, além dos créditos necessários para conclusão do curso, necessitou-se reduzir consideravelmente o corpus analisado, abrindo mão da pesquisa mais exaustiva e completa em bases de dados e do uso de ferramentas bibliométricas que produziriam uma gama maior de informações e contribuiriam certamente com uma cartografia plena. Dessa forma, percebe-se que questões outras, igualmente pertinentes, não puderam ser devidamente exploradas, como por exemplo, resgatar e analisar deslocamentos de conceitos, assim como a inserção da interprofissionalidade nas políticas públicas de educação permanente e seus frutos. Trata-se, portanto, de um mapa preliminar, uma primeira aproximação, ou melhor, uma carta aberta, que resgata parte significativa da produção científica.

A cartografia elaborada, portanto, foi norteada pelas seguintes **questões de investigação**: a) Quais são as concepções de trabalho em equipe interdisciplinar em saúde encontradas na literatura? b) Quais são as principais características do trabalho em equipes interdisciplinares em saúde, segundo a literatura? c) Quais fatores limitantes são identificados pela literatura para o pleno desenvolvimento das potencialidades do trabalho em equipes interdisciplinares em saúde? d) Quais são as relações conceituais entre a concepção ampliada de saúde defendida pela Reforma Sanitária e a concepção de trabalho em equipes

interdisciplinares de saúde? e) A literatura estabelece correlações entre o incentivo e a adoção do trabalho em equipes interdisciplinares em saúde e as tendências do mundo do trabalho em saúde no quadro do capitalismo contemporâneo?

O **objeto** desta pesquisa é a interdisciplinaridade tomada no contexto do trabalho em equipes de saúde que atuem no ambiente hospitalar. Cabe observar, acerca do recorte no ambiente hospitalar, que ele agrega mais complexidade à pesquisa, seja pela própria complexidade do trabalho, seja pela produção científica mais limitada quando comparamos com o volume de pesquisas dedicadas à discussão do trabalho de equipes interdisciplinares na atenção básica (Guimarães e Branco, 2020; Lacerda e Moretti-Pires, 2014).

Diante das questões de investigação propostas formulamos **duas hipóteses**:

A primeira é que a interdisciplinaridade, como uma das características que define e qualifica, ao menos em um determinado contexto histórico, o trabalho em equipe em ambientes hospitalares é ineficaz, em toda sua potencialidade, no marco do capitalismo. A segunda envolve a concepção de trabalho em equipes interdisciplinares de saúde no ambiente hospitalar é limitada estruturalmente pelo modo de organização e relações de trabalho no espaço hospitalar e pela hegemonia da lógica disciplinar, no caso biomédica, na organização e nas relações de trabalho no espaço hospitalar (Donnangelo, 1976; Pires, 2000; Campos e Amaral, 2007; Frigotto, 2008; Antunes, 2014; Gomes, 2017). Apesar de ambas estarem dentro do escopo da pesquisa, diante da limitação do tempo para a elaboração da dissertação, bem como sua exequibilidade, o projeto se aterá a segunda, mantendo a primeira como hipótese teórica mais geral. Esta preferência se pauta, sobretudo, pela dificuldade de tempo para aprofundar a discussão mais extensa da interdisciplinaridade atravessada pelo capitalismo e suas tendências no trabalho no tempo presente, frente às mudanças nos últimos anos no processo de reprodução do capital.

Para a consecução desta pesquisa, foram construídos os seguintes objetivos específicos:

- 1) elaborar um quadro com os principais autores dedicados à análise da organização de trabalho em equipes interdisciplinares de saúde no ambiente hospitalar;
- 2) contextualizar a concepção de trabalho em equipes interdisciplinares no modelo de sistema universal de saúde implementado após a Constituição de 1988;
- 3) caracterizar o trabalho em equipes interdisciplinares de saúde no ambiente hospitalar e no contexto da organização e das tendências do trabalho em saúde a partir dos autores selecionados e, por fim,
- 4) identificar os fatores que favorecem ou limitam o trabalho em equipes interdisciplinares.

2 TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

O presente estudo se desenvolve como pesquisa qualitativa apoiada integralmente na revisão de literatura. O estudo exploratório nos permitiu identificar que parte expressiva da produção científica sobre o tema “trabalho em equipes interdisciplinares em saúde” é divulgada sob a forma de artigos e livros. Portanto, iremos nos ater a estas duas modalidades de produção científica. Em termos de estrutura da pesquisa e dos dados coletados sistematizados, optou-se pela divisão em blocos, o bloco I consiste no conjunto de textos mais clássicos acerca do tema da interdisciplinaridade, buscando localizar a origem dessa discussão através de autores que se debruçaram na elucidação deste conceito/ação. Pela questão, principalmente, do tempo para execução da pesquisa, a mesma se pautou quase inteiramente em artigos, nos quais encontram a possibilidade de leitura integral. O bloco II trata-se de um conjunto de artigos que trazem experiências do trabalho em equipes interdisciplinares, demonstrando como o conceito se apresenta na prática dos serviços hospitalares.

O primeiro bloco é constituído por textos teórico-metodológicos sobre concepções de trabalho em equipe interdisciplinares em saúde. Dentro deste bloco terão 3 eixos, seguem: eixo 1: *interdisciplinaridade*; eixo 2: *trabalho em saúde* e eixo 3: *trabalho em saúde e gestão do trabalho*. A seguir trataremos da caracterização da pesquisa, do processo de constituição do corpus, dos procedimentos e técnicas utilizadas para a pesquisa, a identificação e organização dos materiais constituintes do corpus e sua posterior análise.

Durante o estudo exploratório empreendemos uma primeira busca no google acadêmico utilizando como palavras chaves os eixos acima mencionados. Essa busca preliminar nos permitiu identificar um conjunto de autores de referência que apareceram com frequência nas buscas, os quais compuseram o bloco 1: Marina Peduzzi, Denise Pires, Gastão Wagner, Carmem Teixeira, Jairnilson Paim, Frigotto, Emerson Merhy, Hilton Japiassu e Ivani Fazenda. A atribuição de "referência" foi produzida não só pela presença de artigos, capítulos em livros e livros, como pela consulta à bibliografia de referência dos trabalhos recuperados nessa primeira busca. É preciso salientar que alguns dos autores selecionados não têm produções sobre o ambiente hospitalar, ainda assim, identificamos que suas contribuições figuravam em parte expressiva das análises sobre o trabalho em equipes interdisciplinares em saúde, conforme apresentado, de maneira preliminar, na Qualificação do projeto.

Para a construção definitiva deste bloco, foi realizada uma análise dos Currículos Lattes do conjunto de autores elencados. A partir do levantamento prévio para a elaboração do projeto de pesquisa que visava a qualificação, viu-se repetidamente nomes importantes que foram

muito citados, contribuindo, assim, para a formação do corpus do primeiro bloco. Optou-se por esta forma de levantamento de dados neste primeiro bloco pela acessibilidade, dado que o Lattes apresenta um panorama completo das publicações dos autores brasileiros que se debruçaram na problemática que envolve o tema desta pesquisa.

Dessa forma, a partir da análise dos Lattes dos autores elencados, foi possível selecionar publicações que dialogavam com o tema, configurando o total de 35 artigos. Vale ressaltar que os autores citados no projeto que fogem deste enquadramento de autores clássicos, permaneceram na dissertação por contribuírem de maneira fundamental para a construção do bloco I.

O segundo bloco é constituído por textos de referência resultantes de estudos empíricos que propuseram estratégias de enfrentamento dos atravessamentos ao trabalho e indicaram potencialidades. Utilizou-se para o levantamento destes estudos a base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Os descritores foram construídos ao longo da elaboração do projeto de pesquisa, no qual se ocupou de introduzir a discussão do primeiro bloco. Destaca-se que a primeira tentativa foi identificar similaridades entre as palavras chaves na pesquisa preliminar com os Descritores em Ciências da Saúde (DECS). Após a definição dos descritores, foi realizado a tentativa do uso desses descritores na base Scientific Electronic Library Online Brasil (SCIELO), visto que, originalmente, pretendia-se trabalhar também com o banco de dados da SCIELO, entretanto, observou-se que o conjunto de descritores construídos baseados no DECS não alcançaram efetividade na SCIELO. Sendo assim, viu-se a necessidade de construção de novos descritores e, esbarrando com a limitação do tempo para a finalização da pesquisa, optou-se pela utilização somente da BVS enquanto banco de dados.

Os descritores a partir do DECS escolhidos foram: comunicação interdisciplinar, unidades hospitalares, atenção em saúde e equipe de saúde. Percebe-se que no DECS não existem os descritores “equipe interdisciplinar”, “interdisciplinar” e “trabalho em equipe”, aparecendo a sugestão para o primeiro escolhido, o que apresenta uma limitação de descritores para o tema da pesquisa, marcando a ausência de conteúdos e dificultando a busca no banco de dados. Ao inserir estes descritores na SCIELO, houve poucos resultados, demonstrando a necessidade de construção de novos. Dessa forma, foi utilizado na BVS outro descritor, mesmo não existindo na DECS, no qual “trabalho em equipe AND hospital” suscitaram mais resultados (1.401 artigos), utilizando os mesmos filtros (português, texto completo, corte temporal de 10 anos). Após feito todo o procedimento, foram elencados 4 artigos.

Na BVS foi utilizado o operador booleano “AND” articulando os descritores elencados a fim de obter um resultado mais abrangente. As conjunções que mais apresentaram resultados

foram: comunicação interdisciplinar AND unidades hospitalares; comunicação interdisciplinar AND atenção em saúde; equipes de saúde AND unidades hospitalares, totalizando 9.704 artigos. Após adicionar os filtros “idioma português”, corte temporal de 10 anos – por ser um período que apresenta políticas que fortalecem o trabalho em equipes – e textos completos, também se optou a concentração em pesquisas realizadas em hospitais públicos por serem mais atingidas pelas políticas do Ministério da Saúde e assim, totalizou 438 artigos.

No bloco II, foram retiradas duas pesquisas do Quadro II, uma por não estar mais disponível na internet e outra por se tratar de uma monografia e, pela questão do tempo, não será possível debruçar-nos integralmente nela.

Como critério de inclusão, foram elencados estudos que analisam o trabalho em equipes interdisciplinares no ambiente hospitalar; estudos que discutam limitações e facilitadores do trabalho em equipes interdisciplinares e estudos que apontem estratégias empíricas para melhor desenvolvimento e aproveitamento das potencialidades do trabalho em equipe. Como critério de exclusão, foram cortados estudos sobre atenção básica, saúde da família e hospital psiquiátrico, por apresentarem formas de organização e funcionamento baseados em lógicas diferentes dos hospitais em geral. Assim, após excluir as duplicações e a partir da análise dos títulos, foram elencados 42 artigos para a leitura dos resumos. Após a leitura de resumos dos artigos elencados através do título, foram selecionados 18 artigos para leitura integral.

O tratamento sistemático do corpus foi influenciado pelas proposições de Bardin (2011) para a análise de conteúdo, escolhida pelas possibilidades para analisar diversos tipos de conteúdo e produções textuais. De modo geral, é possível considerar que a proposta de Bardin (2011) desdobra-se em três etapas: a primeira é a pré-análise que consiste em uma fase de organização e o primeiro contato com o material a partir de uma leitura flutuante, elencando os materiais a serem analisados. A segunda etapa é a exploração do material selecionado e por fim, o tratamento dos resultados.

Após a constituição do corpus, adotamos a sugestão de Bardin de fazer uma leitura flutuante do material. Essa leitura permitiu a construção de uma primeira divisão do corpus pelos dois blocos que estruturam a dissertação, a partir da categorização “metodologia” (Quadro 1). O segundo momento foi a caracterização do corpus, cujo resultado é o Quadro 2. O terceiro momento ainda é de caracterização, no caso, para identificação dos principais referenciais teórico-metodológicos, conceitos e suas descrições. Antes de apresentar os quadros gerados a partir das proposições de Bardin (2011) é importante assinalar que a análise feita da literatura selecionada não seguiu os passos e etapas propugnadas por Bardin (2011), ou seja, não foi realizada uma análise de discurso plena desmontando os textos, seus contextos de

produção, o uso da linguagem e de palavras fortes e com certeza não esgotamos o estudo da interpretação dos referenciais teórico-metodológicos.

3 QUADRO I – Levantamento de produções sobre Interdisciplinaridade, trabalho em saúde e gestão do trabalho

Autores	Título	Objetivo	Metodologia	Revista/Editora/Ano
Azevedo, A. B; Pezzato, L. M; Mendes, R.	Formação interdisciplinar em saúde e práticas coletivas	Investigar alguns aspectos do trabalho interdisciplinar, interprofissional e comum do processo formativo, colocando em análise um dos módulos do eixo comum chamado 'Trabalho em equipe e práticas coletivas'.	Artigo de revisão de literatura	Saúde Debate, 2017
Bortagarai <i>et al.</i>	A interconsulta como dispositivo interdisciplinar em um grupo de intervenção precoce.	Analisar o uso do dispositivo de interconsulta como estratégia interdisciplinar em um grupo de profissionais que atuam em um programa de intervenção precoce	Análise exploratória; pesquisa qualitativa	Distúrb. Comum., 2015
Campos e Amaral	A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teóricos-operacionais para a reforma do hospital.	A concepção Paidéia sugere a reorganização do processo de trabalho com base nos conceitos de clínica ampliada e gestão democrática. Em vez de centrar o processo de trabalho em linhas de produção, é proposto um modo alternativo para organizar a atenção aos pacientes, um novo artesanato com autonomia profissional e clara definição de responsabilidade clínica. É também realizada uma análise das dificuldades e das consequências da integração do hospital em sistemas públicos de saúde.	Artigo de revisão de literatura e discussão teórico-metodológicas de proposições conceituais e analíticas do próprio autor	Ciência & Saúde Coletiva, 2007
Ceccim	Conexão e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação	Apresentar uma tematização sobre a interprofissionalidade	Revisão focal da literatura	Interface (Botucatu), 2018
Fazenda	Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa			Papyrus Editora, 1994
Fiorin	O ensino interdisciplinar na área da saúde: perspectivas para a formação e a atuação multiprofissional	Descrever e discutir o assunto em questão: “Ensino Interdisciplinar na área da Saúde”.	Revisão bibliográfica narrativa	Revista Didática Sistemica, 2019
Frigotto	A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais	Demarcar alguns aspectos que as análises não têm enfatizado suficientemente ao abordar a questão da interdisciplinaridade.	Revisão de literatura/discussão conceitual	Revista do Centro de Educação e Letras, 2008

Japiassu	Interdisciplinaridade e Patologia do saber		Livro conceitual	Editora Imago, 1997
Leis	Sobre o conceito de interdisciplinaridade		Revisão de literatura	Cadernos de pesquisa interdisciplinar em ciências humanas, 2005
Matos, Pires e Sousa	Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde	O estudo contribui para pensar as relações de trabalho ao analisar a contribuição destas experiências para constituição de novas formas de organização do trabalho (NFOT) em saúde	Artigo de pesquisa qualitativa, revisão de literatura e análise conceitual	Revista Brasileira de Enfermagem, 2010
Merhy	Saúde: A cartografia do trabalho vivo em ato	O livro trata do agir no âmbito das organizações de saúde, articularmente nos processos produtivos dos atos de saúde, como lugar de uma transição tecnológica para um novo patamar produtivo.	Livro conceitual	Editora Hucitec, (4ª edição) 2014
Merhy e Franco	Por uma composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves	A ideia central do artigo sugere que ao realizar o cuidado, o trabalhador opera um núcleo tecnológico no seu processo de trabalho, composto por Trabalho Morto (instrumental) e Trabalho Vivo em ato.		Saúde em debate, 2003
Paim	O que é o SUS	Este livro tem o propósito de esclarecer o que é, o que não é, o que faz, o que deve fazer e o que pode fazer o Sistema Único de Saúde (SUS).	Revisão de literatura	Editora Fiocruz, 2009
Peduzzi	Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia	Apresenta-se um conceito e uma tipologia de trabalho em equipe, bem como os critérios de reconhecimento dos tipos de equipe.		Revista Saúde Pública, 2001
Pires	Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde	Caracteriza o trabalho em saúde no cenário do trabalho em serviços e no processo de reestruturação produtiva em curso, no mundo globalizado.		Rev. Bras. Enferm., 2000
Rocha e Lucena ¹	Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar	Analisar o Projeto Terapêutico Singular e o Processo de Enfermagem quanto às suas especificidades e pontos de interseções, na perspectiva do cuidado interdisciplinar.	Revisão integrativa da literatura	Rev. Gaúcha Enferm., 2019

¹ O artigo em destaque “Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar” das autoras Rocha e Lucena se encaixava nos critérios de inclusão na etapa de seleção dos artigos. No entanto, no tratamento de dados e análise foi visto que a discussão proposta escapava do tema da presente pesquisa. Sendo assim, o artigo foi mantido no quadro e analisado, mas não foi utilizado na discussão.

Teixeira, Coelho e Rocha	Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil	Este artigo descreve e analisa o contexto político-institucional e o processo de elaboração e implantação do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) no período 2006-2011.	Revisão documental	Ciência & Saúde Coletiva, 2013
Trindade	Interdisciplinaridade: um novo olhar sobre as ciências	Oferecer certos elementos e instrumentos conceituais básicos a respeito da interdisciplinaridade, a fim de se garantir a compreensão dos principais problemas epistemológicos envolvidos nesse processo pedagógico.	Revisão de literatura	Livro: O que é Interdisciplinaridade? De Ivani Fazenda. Editora Cortez, 2008
Vilela	Reflexões sobre o histórico e caminhos da interdisciplinaridade na educação superior no Brasil	Identificar as diferentes concepções de interdisciplinaridade na educação superior brasileira.	Revisão Narrativa	Journal Health NPEPS, 2019

4 CAPÍTULO I – BLOCO I

Este primeiro bloco² é constituído, de modo geral, pela exploração do conceito da interdisciplinaridade como primeiro passo para se chegar ao objetivo da pesquisa. Dentro deste bloco terão 3 eixos complementares, dispostos em uma cadeia que visa maior compreensão, seguem: eixo 1: *interdisciplinaridade*; eixo 2: *trabalho em saúde* e eixo 3: *trabalho em saúde e gestão do trabalho*. O primeiro trata exclusivamente do processo de elucidação do conceito da interdisciplinaridade, não levando em conta, neste momento, o contexto da saúde. Após, em seu segundo subtópico este conceito é discutido em sua inserção nas equipes de saúde através da descrição e análise dos textos teórico-metodológicos sobre concepções de trabalho em equipe interdisciplinares em saúde. O terceiro subtópico apresenta como essas equipes interdisciplinares atuam exclusivamente no contexto hospitalar, trazendo importantes reflexões sobre a instituição hospitalar e a dinâmica do trabalho e gestão em saúde, as quais atravessam diretamente as conformações de equipe. Em cada eixo será apresentado como estes se relacionam com as questões de investigação, bem como com os objetivos geral e específicos, além de demonstrar a escolha dos autores que fazem parte do corpus de cada um.

4.1 EIXO I: A(s) interdisciplinaridade(s)

Neste primeiro subtópico do Bloco I será abordado um breve panorama de como se deu a construção do conhecimento acerca da interdisciplinaridade ao longo da história apoiado nos textos selecionados do Quadro I que tratam da temática deste subtópico. Contudo, neste primeiro momento, esta análise ainda não levará em conta o contexto da saúde, nem o hospitalar, focando sobretudo no conceito da interdisciplinaridade. Cabe ressaltar que, a discussão teórica e conceitual sobre a interdisciplinaridade no campo da saúde pouco apareceu nas buscas deste primeiro bloco e, por isto, foi necessário aprofundar a pesquisa nos textos/livros dos autores Japiassu, Fazenda e Frigotto. Dessa forma, explorar os sentidos diversos do conceito de interdisciplinaridade se faz fundamental para analisar como esse conceito se encaixa nas equipes de saúde, principalmente no que tange às quatro primeiras questões que norteiam esta pesquisa: a) Quais são as concepções de trabalho em equipe

² A constituição dos eixos também está associada à leitura flutuante realizada a partir de Bardin.

interdisciplinar em saúde encontradas na literatura? b) Quais são as principais características do trabalho em equipes interdisciplinares em saúde, segundo a literatura? c) Quais fatores limitantes são identificados pela literatura para o pleno desenvolvimento das potencialidades do trabalho em equipes interdisciplinares em saúde?

Tais questões se relacionam com o objetivo geral e com todos os específicos, pois trata-se do conceito base da presente pesquisa e, com isso, apresenta a necessidade de maior aproximação com o conceito para, em seguida, ser contextualizado na área da saúde e, mais especificamente, em equipes de saúde com o recorte do ambiente hospitalar. Para isso, foi realizada a seleção dos autores dentro do Quadro I, que são eles: Fazenda (1994), Japiassu (1976), Trindade (2008), Vilela (2019), Fiorin *et al.* (2019); Bortagarai *et al.* (2015); Rocha e Lucena (2018); Azevedo, Pezzato e Mendes (2017); Fazenda (1994); Leis (2005).

Fazenda (1994) ressalta que apesar de não ser possível se chegar a uma definição universal do conceito de interdisciplinaridade, é importante conhecer os movimentos, contradições e dificuldades percorridas pelos autores no processo de elucidação do conceito. Para a autora, a dúvida conceitual é o que alimenta a discussão da interdisciplinaridade e proporciona projetos autênticos e inovadores.

Por questão metodológica, Fazenda (1994) organiza a história da elucidação do conceito da interdisciplinaridade em três momentos: 1) 1970, década marcada pela procura de uma definição do conceito; 2) 1980 houve uma tentativa de explicitar um método para o termo e 3) construção de uma teoria da interdisciplinaridade.

As décadas 60/70 ficaram marcadas pela tentativa de elucidação do conceito de interdisciplinaridade, no qual havia uma dificuldade de tradução do termo e na sua pronúncia e, com isso, ocorria o problema de decifração. Os movimentos para elaboração do termo se iniciaram, principalmente na França e Itália, tendo como ponto de partida os movimentos estudantis universitários, no qual questionavam as propostas educacionais que sustentavam o super “especialismo” que condicionava o aluno a olhar em uma única direção desconsiderando a diversidade (Fazenda, 1994).

A interdisciplinaridade, neste momento, não seria apenas uma aposta para a melhoria das universidades, mas também passou a ser encarada como um ponto de vista que possibilitou uma reflexão crítica e profunda sobre o modo de funcionamento das instituições de ensino. Assim, houve uma preocupação intensa na conceituação e diferenciação dos diferentes níveis

de relação: multidisciplinar, pluridisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. Tais determinações terminológicas foram exploradas dentro da realidade da época e é a partir dela que é possível produzir iniciativas e identificar os ganhos do trabalho interdisciplinar (Fazenda, 1994).

Dessa forma, o desdobramento dos conceitos foi atravessado diretamente pelas dificuldades que os estudantes estavam passando durante os anos 60³, em uma urgência de se compreender e criticar os aspectos conflitantes da vida, além da busca em tornar “as inter-relações e interpenetrações das ciências” (idem, p.22), sobretudo das humanas, mais claras. Nesse ínterim, mesmo com uma busca intensa por sentido, os conceitos ainda eram confusos e bem iniciais (idem).

No entanto, a comunidade acadêmica não recebeu esta demanda tão facilmente. Havia a preocupação desta concepção interdisciplinar colocar em xeque a organização acadêmica vigente, na qual se construiu acima de pilares bem definidos e tradicionais, além da possibilidade de balançar as relações de poder há muito constituídas e estimuladas (Vilela, 2019).

Alguns autores consideram que as discussões chegaram ao Brasil de maneira equivocada, distorcida, constituindo-se em um modismo, passando a ser “palavra de ordem” nas instituições de ensino, tornando-se a “semente e o produto” de diversas reformas educacionais entre os anos 1968 e 1971, muito embora sem o devido esclarecimento de seus princípios e dos obstáculos importantes para sua implementação (Fazenda, 1994; Vilela, 2019).

No campo da educação, o debate sobre a interdisciplinaridade se deu juntamente com a tentativa de elucidação do conceito, visto que se iniciou, como apontado anteriormente, através dos movimentos estudantis na década de 60. A pesquisa de mestrado da autora Fazenda realizada na década de 70 trouxe uma “análise das proposições sobre interdisciplinaridade à época das reformas de ensino” no país e constatou o caos conceitual instaurado no que tange o projeto reformista educacional da época.

³ Vale ressaltar que a década de 60 foi marcada pelas lutas políticas, as quais hoje são identificadas como grupos identitários, como também foi uma época que passou por uma virada cultural que mudou aspectos teóricos das ciências humanas. Houve uma predominância da perspectiva móvel e indefinível da cultura em relação às percepções que sustentavam o caráter essencialmente imutável da mesma e que, por vezes, era utilizada como ferramenta de dominação social (Pedrosa, 2016).

No entanto, nos anos 90, ocorre uma movimentação para maior conscientização do conceito, principalmente pelos professores, não somente na pesquisa, como também através da prática e experiências cotidianas no ambiente de trabalho. Dessa forma, não visavam apenas transpor os limites entre as disciplinas, mas “tornar essas fronteiras disciplinares territórios propícios para os encontros” (Fazenda, 1994; Trindade, 2008).

Assim, a primeira produção significativa sobre interdisciplinaridade no Brasil é a produção de Hilton Japiassu “Interdisciplinaridade e a patologia do saber” de 1976 evidenciando sua importância histórica como sendo um dos precursores na construção de conhecimento sobre a interdisciplinaridade no Brasil, ao trazer experiências importantes da Europa (Fazenda, 1994; Trindade, 2008). Em 1976, Ivani Fazenda publica importante obra, principalmente para a área da educação: “Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia”, no qual desbrava a conceituação do termo, apresentando como uma atitude, uma nova forma de compreender o mundo (Trindade, 2008).

Nos anos 80, debates envolvendo a relação teoria e prática e novas abordagens epistemológicas para as ciências se disseminaram e se intensificaram. Houve muitas contribuições nesse sentido para a elucidação e conceituação da interdisciplinaridade e algumas mudanças já poderiam ser notadas: se percebeu que a interdisciplinaridade não se trata de uma categoria do conhecimento, e sim uma ação, impulsionando o sujeito à dúvida e se constrói no desdobramento das disciplinas (Fazenda, 1994). Essas conclusões da época foram imprescindíveis para a elaboração do conceito nos anos posteriores.

Como forma de explorar como se deu o desenvolvimento do conceito ao longo dos anos a partir dos autores analisados até o momento, a grande maioria apontou que, mesmo não havendo um sentido epistemológico universal para o termo “interdisciplinaridade”, este pode ser considerado como a superação das barreiras entre as disciplinas e de seus fazeres, em busca de um espaço comum (Japiassu, 1976; Fiorin *et al.* 2019; Bortagarai *et al.*, 2015; Rocha e Lucena, 2018; Azevedo, Pezzato e Mendes, 2017; Fazenda, 1994; Leis, 2005)

Com o objetivo de dissecar o termo “interdisciplinaridade”, Japiassu (1976) analisa o termo “disciplina”. De acordo com o autor, disciplina ou disciplinaridade é “essa progressiva exploração científica especializada numa certa área ou domínio homogêneo de estudo” (p.61), tendo como premissa, a definição de suas fronteiras, seus métodos, conceitos e teorias. Em

consonância, Ceccim (2018) expõe que “disciplina” se configura no recorte ou domínio de um conhecimento ou informação científica *específica* (grifo meu).

Assim, de modo geral, Japiassu (1976) ressalta que a interdisciplinaridade é a interação entre as áreas de conhecimento, ou seja, entre as disciplinas. Conceitua, portanto, que o termo se traduz na “intensidade das trocas entre os especialistas e grau de integração real das disciplinas” (p. 74) ocorrendo uma reciprocidade para que “no final do processo interativo, cada disciplina saia enriquecida” (p.75). A partir deste conceito que outros autores lapidaram novas definições ou atualizaram as contribuições de Japiassu, juntamente com a prática no contexto hospitalar.

Fiorin *et al.* (2019), descrevem a interdisciplinaridade como a busca por substituição de uma concepção fragmentária do conhecimento por uma em que os saberes se comunicam, estabelecendo uma integração. Para Bortagarai *et al.* (2015), o termo se configura na constituição de um espaço comum em que o conhecimento não se esgota, está para além de si mesmo em uma articulação amplificada. Trindade (2008) defende que a reflexão do que constitui uma atitude interdisciplinar é mais importante do que definir o que é interdisciplinaridade.

Azevedo, Pezzato e Mendes (2017) indicam que a interdisciplinaridade se constituiu a partir da problematização do conhecimento contemporâneo, pautado no pensamento moderno que fragmentou o saber em partes especializadas, sendo tomado como referência para organizar o mundo em várias áreas, inclusive o da saúde.

Por outro lado, Leis (2005) leva a não conceituação do termo às últimas consequências e critica quem tenta universalizá-lo. O autor aponta que esta tentativa seria disciplinar e não interdisciplinar, ao passo que a disciplina define conceitos e conhecimentos alcançados em determinado momento da história e reproduzidos em diferentes culturas. Nesse sentido, ressalta que a interdisciplinaridade é, portanto, um movimento alternativo à abordagem disciplinar normatizada de objetos de estudos. Sendo assim, existem diversas ações e reações interdisciplinares possíveis para um único objeto.

Entretanto, Trindade (2008) aponta que a interdisciplinaridade não anula a disciplinaridade do conhecimento científico, apresentando um caráter de complementaridade ao incentivar o olhar “entre” os fenômenos, favorecendo uma visão mais articulada da relação do ser humano e seu meio.

Trindade (2008) pontua que a dificuldade de definição do conceito surge por ele ser alicerçado em atitudes, não apenas em um fazer. A interdisciplinaridade abriu portas para revisitar conceitos e certezas cristalizadas; ressignificar a prática de muitos para entre muitos; uma nova forma de pensar o ser humano e suas demandas em diversos aspectos.

Mais importante do que defini-la, porque o próprio ato de definir estabelece barreiras, é refletir sobre as atitudes que se constituem como interdisciplinares: atitude de humildade diante dos limites do saber próprio e do próprio saber, sem deixar que ela se torne um limite; a atitude de espera diante do já estabelecido para que a dúvida apareça e o novo germine; a atitude de deslumbramento ante a possibilidade de superar outros desafios; a atitude de respeito ao olhar o velho como novo, ao olhar o outro e reconhecê-lo, reconhecendo-se; a atitude de cooperação que conduz às parcerias, às trocas, aos encontros, mais das pessoas que das disciplinas, que propiciam as transformações, razão de ser da interdisciplinaridade. Mais que um fazer, é paixão por aprender, compartilhar e ir além (Trindade, 2008, p. 73).

Dessa forma, é possível refletir como *atividade interdisciplinar* quando os efeitos de várias especialidades são somados, proporcionando espaços para aprendizado entre as disciplinas e compartilhamento de técnicas e metodologias de outra especialidade, numa perspectiva complementar e de integração. É possível falar em interdisciplinaridade quando uns se ligam aos outros e derrubam os muros construídos ao longo do tempo (Trindade, 2008).

De acordo com Japiassu (1976), a interdisciplinaridade é um tema que convoca à reflexão todos aqueles que problematizam a fragmentação das disciplinas científicas como um esfacelamento dos horizontes do saber. Nesse caminho, o autor afirma que a interdisciplinaridade surge como um “tríplice protesto”: contra o saber fragmentado que resulta em um crescente especialismo das disciplinas; em seguida apresenta as instituições de ensino cada vez mais setorizadas, divididas, compartimentadas em contradição com a sociedade que é dinâmica, complexa e indefinida e, por fim, ressalta o conformismo das ideias e posturas impostas. Vale ressaltar que o autor percebeu essas limitações há décadas atrás em um contexto educacional diferente do atual.

Ainda de acordo com Japiassu (1976), a interdisciplinaridade responde a algumas demandas (p. 53), dentre elas a demanda ligada ao desenvolvimento da ciência, respondendo a necessidade de se criar fundamentos para novas disciplinas. Há também a demanda ligada às reivindicações estudantis que se opõe ao saber esfacelado em contradição à realidade e a integralidade humana; a demanda progressiva de pessoas que percebem a necessidade de uma formação profissional e a interdisciplinaridade abre portas para a formação de profissionais que não sejam especialistas em uma só disciplina e, por fim, a demanda social também progressiva

dentro das universidades, local onde circula propostas desfragmentadas e que possam acolher novos temas de estudo.

Nesse sentido, a interdisciplinaridade é fundamentada na oposição à cristalização do saber, a uma forma de organizar o saber que se encontra e se estruturou em compartimentos e desintegração da lida com o sujeito; assim como aponta Japiassu (1976, p. 54) é uma forma de lutar e criticar as “fronteiras das disciplinas, de sua compartimentação, proporcionando uma grande esperança de renovação e de mudança no domínio da metodologia das ciências humanas”. Apesar da profunda discussão que Japiassu propõe, ele afirma que “ainda está por ser construída uma teoria do interdisciplinar” (1976, p. 54).

A partir da tentativa de construção conceitual da interdisciplinaridade, Japiassu reflete que este conceito não é somente um conceito teórico. Isto se deve ao fato de ser uma prática individual e coletiva. De acordo com o autor mencionado, é individual no sentido de ter em sua profundidade “uma atitude de espírito, feita de curiosidade, de abertura, de sentido da descoberta, de desejo de enriquecer-se com novos enfoques, de gosto pelas combinações de perspectivas e de convicções levando ao desejo de superar caminhos já batidos” (Japiassu, 1976, p. 82). Nesse sentido, não é uma atitude que nasce do enrijecimento das disciplinas e das instituições, pelo contrário, é necessário que haja uma força motivadora para expandir os horizontes do conhecimento.

É coletiva ao passo que não tem como ser somente individual, visto que é preciso que outras pessoas se envolvam neste processo para que ele tenha sentido. Desse modo, segundo Japiassu (1976, p.82) “é preciso que estejam todos abertos ao diálogo, que sejam capazes de reconhecer aquilo que lhes falta e que podem ou devem receber dos outros”.

O autor supracitado (1976) discorre sobre uma série de obstáculos para que a interdisciplinaridade ocorra, tendo em vista forças que se opõem ou resistem à prática, configurando um círculo vicioso, sendo imprescindível sua superação. Um dos obstáculos mais marcantes apresentados pelo autor é o epistemológico, definido como todos os empecilhos e resistências colocados pelos profissionais às trocas, a abertura, a criatividade e ao novo.

Trindade (2008) ressalta que a dimensão do desenvolvimento da ciência tem efeitos diretos na existência da concepção da interdisciplinaridade, visto que o conhecimento científico foi construído a partir da fragmentação e especialização de objetos de estudo. Assim sendo, passou-se a se caracterizar cada vez mais esfacelado, delimitando as fronteiras entre os

conhecimentos. A interdisciplinaridade surge, portanto, como uma tentativa de remediar o conhecimento que é naturalmente fragmentado.

Dessa forma, para pensar e concretizar a interdisciplinaridade é necessário levar em consideração esse processo histórico-social de construção de saberes e conhecimentos, visto que está profundamente relacionado às formas de produção de trabalho em cada tempo histórico. Por exemplo, no início do século XX, marcado pelo taylorismo e fordismo, a divisão do trabalho era a dinâmica vigente, sendo produzida e produzindo conhecimentos compartimentalizados (Vilela, 2019).

Vilela (2019) ressalta que a fragmentação não é por si só danosa, pelo contrário, há certas construções de conhecimentos que são possíveis somente no encontro entre dois ou mais saberes previamente especializados. Para que haja interdisciplinaridade é necessário a doação de saberes de especializações, que, em um encontro, produzam novas perspectivas e conhecimentos para entender questões mais complexas.

Portanto, o isolamento das disciplinas, ao ser entendida como única forma de conhecer determinada realidade social ou a um objeto, mostra-se insuficiente, dado que a realidade é multideterminada, apresentando a necessidade de colocar a interdisciplinaridade como centro do debate acerca dos temas relacionados à ciência e à saúde (Matos, Pires e Sousa, 2010).

Frigotto (2008) analisa o conceito da interdisciplinaridade em duas faces: como uma necessidade e como um problema. Enquanto necessidade corrobora com a concepção dos autores anunciados até o momento. No que tange à produção de conhecimento, a realidade social é entendida a partir de um caráter dialético, ou seja, é “(...) una e diversa e na natureza intersubjetiva de sua apreensão” (p. 43). Em consonância com Vilela (2019), Frigotto (2008) ressalta que apesar da realidade ser diversa, demarcar um objeto para analisá-lo não é necessariamente fragmentá-lo, porque isto não implica em eliminar qualquer indício das “múltiplas determinações que o constituem” (p. 44). Assim, mesmo que um objeto passe por uma delimitação, ele não perde a totalidade da qual faz parte.

Em relação à totalidade, Frigotto (2008) ressalta a importância de se debruçar sobre a historicidade dos fatos sociais como forma de “explicitação da multiplicidade de determinações fundamentais e secundárias que os produzem” (Frigotto, 2008: 44). Ou seja, a análise histórica dos fatos possibilita a apreensão concreta da realidade estudada. Dessa forma, a

interdisciplinaridade só é possível na superação da fragmentação, originada no positivismo científico, e também, se não for levado em conta o aspecto histórico (Frigotto, 2008).

Utilizando Marx (1983) como referência, Frigotto (2008) refere que quando a realidade é tratada pela via histórica, dá-se a distinção entre o “conhecimento humano”, que se abastece da perspectiva abstrata e do pensamento, e o “movimento da realidade social” investigada. Ou seja, ao superar a forma fenomênica (aqui entra os mitos e a religião) e abstrata de se apreender a realidade, tem-se a perspectiva que considera a realidade multideterminada, mediada e com representação de forças que determinam a sociedade. Assim, a interdisciplinaridade trata-se da análise do “movimento do real e não do movimento da razão” (p. 45).

Entretanto, não é possível deixar de mencionar que a produção de conhecimento é marcada profundamente pelo sistema capitalista e assim, pela divisão de classes e seus interesses que se diferem. Assim, o conhecimento social é atravessado agudamente pelos “interesses, concepções e condições de classe” daqueles que o investigam. Frigotto (2008) alerta: não há como o conhecimento ser produzido com neutralidade, especialmente pelo fato de que as “relações que ele tenta apreender não são neutras” (p. 46). Assim, fica exposto o porquê a interdisciplinaridade é uma necessidade para a produção de conhecimento. Entretanto, ao mesmo tempo também é um problema, dado que sua existência é limitada pela própria dinâmica capitalista.

Embora a pesquisa parta da ideia que as relações capitalistas de produção são um limitador para o trabalho em equipes interdisciplinares, não é possível aprofundar este debate. Entretanto, frente aos debates propiciados pelas disciplinas cursadas ao longo da pós-graduação e leituras realizadas no estudo exploratório para a elaboração do projeto de pesquisa permitem avançar em algumas considerações. Assim, de forma breve, dado que não é o objetivo desta pesquisa aprofundar o debate sobre o capitalismo como limitador do trabalho em equipes interdisciplinares, vale ressaltar que ao mencionar a dinâmica capitalista, trata-se das relações de classe inseridas neste contexto (Frigotto, 2008).

Os limites da produção do conhecimento esbarram necessariamente nas relações de classe, sendo sua superação no rompimento destas, no que tange, sobretudo, na divisão entre trabalho manual e intelectual, que promove desigualdade e exclusão. Isto significa que a superação dos limites do conhecimento se relaciona intrinsecamente na superação da sociedade de classes. As concepções de realidade e conhecimento são pautadas na fragmentação, no aspecto “abstrato, linear e fenomênica”. Trata-se de uma universalização de concepções da

realidade construída exclusivamente pela classe dominante, a qual fundamenta seus próprios interesses como se fossem de todos. Assim, a apreensão e estudo de determinada realidade é limitada pelas relações sociais dominantes (Frigotto, 2008).

No conjunto de textos escolhidos, o artigo do Frigotto (2008) foi o único que faz o exercício teórico-metodológico de inserir a discussão da interdisciplinaridade dentro de um quadro analítico mais articulado, apresentando a abordagem marxista da educação. O autor trabalha a conceituação da perspectiva dialética da realidade e assim, da produção de conhecimento, criticando a limitação desta apreensão pelas relações de classe. Assim, apresenta com profundidade sobre como as relações de classe interferem na apreensão e desenvolvimento de pesquisas sobre a realidade. No início do artigo, Frigotto já anuncia que sua discussão apresenta alguns pontos que não são recorrentes nas análises já realizadas por outros autores quando se trata da interdisciplinaridade, já denunciando a falta de pesquisas e debates deste tema sob a perspectiva dialética marxista.

De volta à discussão proposta, para além da interdisciplinaridade, existem outras formas de organização das disciplinas: disciplinaridade, interdisciplinaridade, multidisciplinaridade, transdisciplinaridade e pluridisciplinaridade. A multidisciplinaridade implica em uma justaposição de funções e disciplinas, sem necessariamente a existência de um trabalho de equipe coordenado. Dessa forma, a pluridisciplinaridade segue a mesma lógica da multidisciplinaridade, realizando apenas um agrupamento das disciplinas com objetivos diversos, sendo que o primeiro constrói alguma relação com outras disciplinas e o segundo nenhuma (Japiassu, 1976).

O autor supracitado traz à tona o termo criado por Piaget: transdisciplinaridade. Esta prática é proposta por Piaget e tem por definição uma etapa superior à interdisciplinaridade, sendo além da interação e compartilhamento mútuo entre as disciplinas, é um além de quebrar as fronteiras entre elas, seria a construção de um sistema total. No entanto, assim como pontua Japiassu (1976), até mesmo Piaget considera esta prática apenas um sonho, ao afirmar o quanto estamos distantes de chegarmos a um sistema total, no qual os níveis e os fazeres múltiplos que orientam todas as disciplinas possam ter como base uma teoria coerente capaz de inaugurar uma coordenação entre as áreas de conhecimento na direção de um objetivo comum.

No âmbito educacional, a perspectiva interdisciplinar vem sendo construída nos últimos 40 anos inicialmente nos programas de pós-graduação. A partir dos anos 70, houve a

implementação de cursos nesta perspectiva, porém de maneira isolada. No entanto, o reconhecimento do formato interdisciplinar nas pós-graduações pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) só se deu após os anos 2000. A CAPES, grande fomentadora deste formato, criou um comitê originalmente multidisciplinar, e depois o transformou em comitê de avaliação da área interdisciplinar. Este comitê tem por objetivo avaliar as propostas de cursos interdisciplinares, principalmente pelo fato de que cursos nessa perspectiva cresceram significativamente nos últimos anos (Vilela, 2019).

Após a consolidação nos cursos de pós-graduação, a perspectiva interdisciplinar chegou também na graduação. Vilela (2019) ressalta que a absorção deste formato na graduação está relacionada a necessidade de maior aproximação a um “novo estatuto do conhecimento científico”. Ou seja, que se construa uma visão mais ampla sobre as questões complexas da humanidade, requerendo a superação da unicidade disciplinar de apreender o mundo (Vilela, 2019).

Para se alcançar esta visão, houve movimentos significativos, como a Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI). Este programa surgiu em 2007 instituído pelo governo federal vigente e teve por objetivo a promoção e expansão do número de vagas na educação superior e também, melhorar o ingresso e a continuidade dos alunos nas universidades. Visava-se com este programa, para além do acesso, uma reestruturação das universidades diante deste “novo estatuto do conhecimento científico” (Vilela, 2019).

Assim, foram criados programas disciplinares e novas universidades que incentivaram uma nova organização curricular, na qual tivesse como ponto de partida a interdisciplinaridade. Tendo a educação interdisciplinar como partida e como norte, objetivava-se a superação da educação fragmentária e departamental, buscando promover a interação entre diferentes áreas. A partir desta concepção, Vilela (2019) cita algumas universidades que foram criadas neste momento histórico: a Universidade Federal do ABC (UFABC), a Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA) e a Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Foram criados cursos de graduação baseados na concepção interdisciplinar que ficaram conhecidos como “Bacharelados Interdisciplinares (BIS)”. Estes bacharelados funcionam em formato de ciclos, a saber:

No primeiro ciclo, o acadêmico ingressa na universidade e obtém uma formação básica em uma grande área do conhecimento, podendo ser: Artes, Humanidades, Ciência e Tecnologia, Saúde, etc. Esse primeiro ciclo tem duração de três anos, sendo que ao final deste, o aluno obtém o título de bacharel na respectiva área de

conhecimento. Após o final desse ciclo, o aluno pode escolher uma área específica para a profissão que deseja cursar ou optar por adentrar no mercado de trabalho (Vilela, 2019, p. 11).

As universidades que recebiam recursos da REUNI, por exigência, deveriam implantar a reestruturação dos currículos e de seus cursos, pautadas na concepção interdisciplinar. Esta concepção buscava acima de tudo, a promoção do pensamento crítico, da autonomia dos estudantes e em sua contribuição para pensar em resoluções para questões complexas do país (Vilela, 2019).

Já na implantação do BIS em uma universidade que se estruturou a partir de outro viés pedagógico, Teixeira, Coelho e Rocha (2013) trazem a experiência da Universidade Federal da Bahia (UFBA) que também foi incluída na REUNI. Os autores ressaltam que o maior obstáculo foi a diferença palpável entre o modelo pedagógico estrutural da instituição pautado na divisão por disciplinas e na orientação focada no mercado de trabalho, e o modelo proposto pela BIS, sendo interdisciplinar, contrária à fragmentação da formação. Assim, as BIS propõem em seu projeto pedagógico, dentro da perspectiva interdisciplinar, o “protagonismo dos estudantes, a responsabilidade com sua formação, o esforço de problematização das questões de saúde na contemporaneidade (...)” (Teixeira, Coelho e Rocha, 2013, p. 10), levando em consideração o aspecto histórico-social.

Em consonância a isto, outros autores (Azevedo, Pezzato e Mendes, 2017, p. 3) discutem sobre o processo formativo tendo como perspectiva norteadora a formação pautada na “reinvenção contínua das práticas”, através de diferentes alianças formadas entre os profissionais, seja dentro das universidades, quanto fora delas. Questionam, portanto, se esses processos formativos são efetivos e suficientes para recriar formas de pensamento e ação. Uma questão crucial, inclusive para essa pesquisa, é problematizar em que medida o exercício profissional é marcado pelo individualismo, efeito da lógica fragmentada e reducionista do cuidado em saúde; porque a ruptura do modelo de cuidado pautado sob a hegemonia do pensamento e das práticas biomédicas, passa também pelo processo de desfragmentação disciplinar do trabalho em saúde.

Dentro desta discussão sobre os processos formativos em saúde que foram pauta de grandes mudanças nos últimos anos, Azevedo, Pezzato e Mendes (2017) realizaram uma pesquisa em uma universidade pública do estado de São Paulo, na qual incorporou-se uma outra perspectiva curricular que promovia a formação integrada entre algumas áreas da saúde. Esta experiência buscou, sobretudo, concentrar-se na interdisciplinaridade, interprofissionalidade e

a formação “comum” entre as profissões, pautada primordialmente na noção de cuidado integral.

Esta formação comum é um desafio, dado que a estrutura educacional de modo geral, não prepara o sujeito para isso. Está presente o diálogo constante entre os professores de outras áreas com estudantes que são organizados de forma mista. A experiência é ponto central para o aprendizado nesta perspectiva educacional, sempre correlacionando a teoria com a prática (Azevedo, Pezzato e Mendes, 2017).

Dessa forma, a formação interdisciplinar compreende necessariamente a presença do cuidado dos docentes com os estudantes, promovendo espaços de reflexão que “os ajude a sair da normatização, própria da lógica acadêmica”. Esta perspectiva envolve a problematização crítica dos processos formativos, das experiências e seus desdobramentos, as barreiras e obstáculos no desenvolvimento, e acima de tudo, a reconstrução criativa de práticas já engessadas e fragmentadas instituídas no trabalho em saúde (Azevedo, Pezzato e Mendes, 2017).

Para além do papel dos professores, Vilela (2019) ressalta a importância da própria instituição e dos cursos para reestruturar a forma de ensino visando a formação de profissionais “mais dinâmicos, versáteis e capazes de enxergar e enfrentar os dilemas da realidade, de uma forma mais crítica, participativa e colaborativa” (p. 12). O autor aponta, a título de finalização, que a implantação da interdisciplinaridade no ensino superior não se dará sem desafios, talvez até maiores ao longo do tempo do que quando houve sua iniciação. Principalmente pelo fato de que, apesar das críticas justificadas que o ensino disciplinar recebe, há de se considerar sua significativa contribuição e sua presença ainda intensa nas instituições de ensino. Além disso, a concepção interdisciplinar, ao promover o senso crítico, pode por vezes esbarrar na realidade do mercado de trabalho e ser incompatível com esta. Isto se apresenta de diversas formas, por exemplo, as próprias instituições que não se apoiam na interdisciplinaridade (e são em grande maioria) possuem dificuldades de absorver profissionais que foram formados nesta concepção (Vilela, 2019).

Neste viés, Frigotto (2008) aponta que o limite mais complexo da prática pedagógica interdisciplinar está na imperiosa formação fragmentária do educador, além da dinâmica de trabalho que está inserida. Utilizando Gramsci como referência, Frigotto (2008) ressalta o especialismo e o pragmatismo na educação como produto e produtor da formação fragmentada,

sendo essa, portanto, o maior obstáculo para a interdisciplinaridade. Ao trazer à tona esta discussão, o autor não está somente se referindo ao processo de construção de conhecimento, mas, sobretudo, aos “métodos e técnicas de transmissão” (p. 59), apontando uma crítica à maneira dividida de disciplinas, a qual perpetua a perspectiva especializada do ensino.

Trazendo para o setor saúde, esta constatação do autor se relaciona com a realidade dos profissionais da saúde também. Como pensar em educação interdisciplinar para os profissionais de saúde se as instituições majoritárias onde se encontra mais facilmente emprego, são em sua maioria ainda fragmentadas e se estruturam no modelo biomédico? Os questionamentos não são poucos e se multiplicam ao passo que adentramos nas discussões. Entretanto, é possível pincelar alguns atravessamentos que influenciam nessa lógica das instituições promoverem e valorizarem mais o trabalho fragmentado do que o trabalho interativo e compartilhado. Além disso, trata-se de um atravessamento importante o fato de a saúde pública não ter uma dedicação mais aprofundada acerca do debate teórico-conceitual da interdisciplinaridade. Para chegarmos a estas reflexões, primeiro passaremos por algumas considerações e percepções do que se trata o “trabalho em equipe”. Para pensarmos a instituição hospitalar e a dinâmica de trabalho, precisamos identificar que equipe de trabalhadores é essa que ocupa esses lugares.

4.2 EIXO II - O trabalho em equipe: concepções

A partir do entendimento de que o trabalho em equipe nem sempre é interdisciplinar, visto que a equipe de saúde pode ter diversas conformações e formas de funcionamento, este tópico corresponde a essas outras conformações que o trabalho em equipe se apresenta, através de discussões promovidas pelos autores selecionados no Quadro I. Dessa forma, a princípio, será discutido como o conceito da interdisciplinaridade se soma ao trabalho exercido em coletivo com profissionais da área da saúde e depois, trataremos das concepções outras do conceito de trabalho em equipe, as quais se diferem da concepção interdisciplinar. Trata-se de uma aproximação conceitual das conformações do trabalho em equipe pautadas nas concepções dos autores selecionados que se ocupam da análise deste tema. Pelo pouco tempo para a realização desta pesquisa, deu-se a seleção reduzida de artigos, não tendo como objetivo o esgotamento deste conceito.

Os artigos selecionados (Quadro I) variam em sua metodologia, dado a preocupação ser a exploração das concepções dos autores diante deste tema. Sendo assim, foram selecionados

artigos cuja metodologias são análise de experiência teórico-metodológica, livro conceitual e, em sua maioria, revisão de literatura com discussão conceitual. Foram selecionados especificamente estes artigos e o livro do autor Japiassu (1974), alguns por serem precursores do tema no país e outros por trabalharem de maneira profunda apontando as próprias perspectivas através de dados encontrados na literatura, o que expandiu o mapa de concepções, tais como: Japiassu, 1974; Ceccim, 2018; Matos, Pires e Sousa, 2010; Peduzzi, 2001; Rocha e Lucena, 2018; Pezzato e Mendes, 2017.

O foco deste subtópico tem como guia as quatro primeiras questões de investigação, trazendo elementos que buscam compreender tanto as concepções de trabalho em equipe, como suas características, limites e potencialidades. Conversa de maneira direta com o 3º e 4º objetivos específicos que tratam de buscar caracterizar o trabalho em equipes interdisciplinares de saúde no ambiente hospitalar e no contexto da organização e das tendências do trabalho em saúde a partir dos autores selecionados e de identificar os fatores que favorecem ou limitam o trabalho em equipes interdisciplinares, respectivamente. Após a exploração do conceito da interdisciplinaridade realizado no primeiro subtópico deste bloco, neste segundo trata-se de inserir este conceito nas equipes de saúde, exclusivamente no contexto hospitalar.

Para diversos autores que compõem o Quadro 1 (Japiassu, 1974; Ceccim, 2018; Matos, Pires e Sousa, 2010; Peduzzi, 2001), existem conformações diversificadas para trabalho em equipes, principalmente na saúde. De início, começaremos discutindo o conceito de interdisciplinaridade como norte e base para o trabalho em equipe. Dessa forma, para Matos, Pires e Sousa (2010), o trabalho em equipe interdisciplinar presume pensar em novas formas de se relacionar no que tange tanto a hierarquia estrutural das instituições de saúde, quanto à gestão, aos colegas de trabalho, pacientes e todos que participam do dia a dia de um serviço. Os autores conceituam essas novas formas de relacionamento de “novas formas de organização do trabalho” (NFOT).

A NFOT se apresenta como um novo modelo de organização do trabalho em saúde, no qual preconiza a perspectiva interdisciplinar de vivenciar as relações de trabalho. A partir dela, tem-se como principal característica a potência da integração que contribui para a visão abrangente do objeto do trabalho em saúde: o ser humano. Além disso, a perspectiva interdisciplinar reflete na interação e articulação entre os profissionais e seus saberes/fazerem no trabalho em saúde, o que promove novas formas de relação entre todos os envolvidos no processo de trabalho. Para Rocha e Lucena (2018), o trabalho em equipes interdisciplinares no cuidado em saúde atravessa a integração e a articulação entre diferentes saberes e práticas com

o objetivo de produzir intervenções em comum, valorizando o conhecimento e as especificidades de cada profissional.

Tem-se enquanto expectativa que, tornar os diferentes saberes mais homogêneos, poderia proporcionar a diminuição de conflitos e tensões entre as diversas áreas. No entanto, há um movimento de crescente distanciamento das especialidades no que tange a área da saúde em específico, impedindo a troca, o diálogo e o compartilhamento. Azevedo, Pezzato e Mendes (2017) apontam, portanto, a necessidade de diminuir esse isolamento através, justamente, das diferenças entre as áreas, no sentido de que haja um aprendizado mútuo. Dessa forma, os autores afirmam que esta concepção de homogeneidade das práticas acabar com as particularidades de cada profissão, é falsa. Se trata da formação de alianças entre os profissionais.

Em consonância ao exposto, Peduzzi (2001) ressalta que o trabalho em equipe não significa acabar com as diferenças entre as especificações de cada saber/fazer. Do contrário, aponta a possibilidade de construção mútua, de contribuição em relação a divisão do trabalho com o objetivo comum. Em uma entrevista realizada pela autora, os entrevistados buscam o equilíbrio em suas práticas: preservar a especialidade de cada um ao mesmo tempo que norteiam a flexibilização da divisão do trabalho. Ou seja, os profissionais continuam exercendo suas práticas nas áreas de saberes nos quais se formaram, mas também exercem ações comuns, integradas, como: “recepção, acolhimento, grupos educativos, grupos operativos e entre outros” (Peduzzi, p. 6, 2001).

Em especial no campo da saúde, espera-se que as ações de cuidados sejam pautadas no diálogo e coparticipação entre os profissionais. Porém, por vezes, estas ações são realizadas isoladamente com os profissionais voltados apenas para suas áreas específicas, desconsiderando que o cuidado em saúde é complexo e envolve diversos olhares complementares (Azevedo, Pezzato e Mendes, 2017).

Em consonância com Matos, Pires e Sousa (2010), a concepção fragmentada do cuidado vem sendo substituída pela dimensão coletiva do trabalho em saúde, se constituindo como norte para a renovação de conceitos e práticas reconhecendo esta complexidade do trabalho em saúde no qual diversos olhares e saberes são fundamentais para o cuidado integral (Azevedo, Pezzato e Mendes, 2017).

Em uma pesquisa com equipes de saúde atuantes em dois hospitais em que de fato ocorre relações interdisciplinares entre profissionais (Matos, Pires e Sousa, 2010), os entrevistados

entendem como atuação interdisciplinar a comunicação autêntica que preconiza o respeito com o outro e seus saberes, além de ser sinônimo de acolhimento da diversidade. Apontaram ainda, a importância de que as relações construídas sejam pautadas na cooperação entre os envolvidos no processo de cuidado e na troca/articulação/interação entre os saberes/fazeres de cada um, objetivando horizontalizar as relações promovendo a participação de todos em tomadas de decisões, no qual possibilita a emersão das subjetividades.

Um dos entrevistados ressalta a surpresa quando começou a trabalhar inserida na equipe, ao apontar o quanto parecia-lhe utópico uma equipe funcionar da forma como lia nos livros, dado que a equipe em questão preconizava o acolhimento aos profissionais que eram inseridos na equipe (Matos, Pires e Sousa, 2010).

Os autores supracitados ressaltam uma questão extremamente pertinente: por se tratar de um trabalho que envolve sujeitos, as relações passam por flutuações, modificando-se a cada momento, apresentando maior ou menor possibilidade de interação e troca entre os profissionais. Situações do dia a dia do serviço podem afetar a forma como os integrantes da equipe se relacionam, assim como os pacientes-profissionais. Para além disso, ao pensar em equipe interdisciplinar, mesmo que não seja garantia de pleno funcionamento, quando há conflitos, o que a diferencia de outras conformações é o espaço para lidar com estes conflitos. Dessa forma, o grupo conta com abertura e espaço dialógico para trabalhar e lidar com as questões que aparecem eventualmente.

Dessa forma, para a equipe ser considerada interdisciplinar necessita “aproximar-se da prática do trabalho desenvolvido em uma equipe integração” (Matos, Pires e Sousa, 2010, p. 4). Ou seja, é preciso que as relações sejam construídas baseadas na interação entre os profissionais e na articulação entre seus fazeres. Para os autores (Matos, Pires e Sousa, 2010), “interação” significa “uma prática comunicativa”, na qual se busca consonâncias entre os agentes envolvidos no fazer em saúde e que, acima de tudo, tenham espaço para trocas e debates sobre os processos de trabalho, tendo como norte um objetivo em comum. Ouvir e considerar as percepções dos profissionais, construir ações que perpassam todos os envolvidos, permitir que cada um tenha espaço de contribuição para pensar os processos de trabalho são características de “um trabalho de natureza interdisciplinar” (p. 4).

No que tange a relação entre profissional e usuário, Matos, Pires e Sousa (2010) ressaltam que a atuação interdisciplinar promove uma percepção para além da que foca na

doença ou na demanda inicial apresentada pelas pessoas que procuram os serviços. Isto porque, a perspectiva interdisciplinar preconiza a atenção mais humanizada, constituída pela confiança dos usuários para com os profissionais, visto que a comunicação, informação e acolhimento prestados são características intrínsecas ao cuidado interdisciplinar. Os autores enfatizam que os serviços que possuem uma atuação interdisciplinar, acolhem melhor seus usuários do que os serviços que trabalham baseados no modelo tradicional de organização do trabalho.

Dessa forma, nesta pesquisa realizada por Matos, Pires e Sousa (2010), percebeu-se que a atuação de equipes interdisciplinares possui potencial para que mudanças sejam colocadas em prática nos processos de trabalho nos serviços de saúde e seus resultados beneficiam tanto os profissionais quanto os usuários.

Para melhor elucidar o questionamento em relação à prática dos profissionais de saúde em equipes, é possível trazer para discussão o termo “interprofissionalidade”. Dessa forma, há diferença conceitual entre *interdisciplinar* e *interprofissional*. Ceccim (2018) traz a importância de diferenciar tais conceitos, afirmando ser um equívoco usá-los como sinônimo. O primeiro remete ao campo dos saberes e na elucidação de teorias e conceitos, ou seja, no desenvolvimento do conhecimento, como o próprio Japiassu (1976) já havia desdobrado. Portanto, a interprofissionalidade diz respeito às práticas das equipes e seus serviços, tendo como finalidade ações mais resolutivas e integrais. Assim, a interdisciplinaridade se constitui como ferramenta fundamental para a formação da interprofissionalidade.

Desse modo, se faz conveniente mencionar que o trabalho em equipe não é necessariamente pautado na perspectiva interdisciplinar nem interprofissional. O trabalho em equipe se constitui no trabalho coletivo através da interação dos profissionais, entretanto, é por meio da linguagem que se dá a articulação das ações cooperativas. Assim, pode ser considerada, ainda, a junção de profissionais em situações objetivas de trabalho, na qual se encontram sob uma hierarquia entre médicos e não médicos com diversos graus de subordinação. Junto a isto, há também a flexibilidade da divisão do trabalho e da interdependência no sentido técnico. Entretanto, há possibilidades de maior ou menor integração no trabalho em equipe (Peduzzi, 2001).

Apesar de não ser o intuito desta pesquisa aprofundar o termo “interprofissionalidade” (Ceccim, 2018), vê-se a importância de o discutir, mesmo que brevemente, dado sua presença cada vez mais intensificada quando o assunto é educação em saúde, atravessando, portanto, a

prática dos profissionais desta área e com isto, o tema desta pesquisa. Segundo Ceccim (2018), a interprofissionalidade vem ganhando espaço nas políticas de saúde, seja no âmbito público, seja no privado, nacionalmente ou internacionalmente, no que diz respeito à educação interprofissional⁴. Isto se dá pela preocupação em inserir na gestão e organização do trabalho e da educação em saúde formas de avaliação e regulamentação da formação e da prática profissional em equipe.

Ceccim (2018) ressalta sobre a confusão conceitual que a interprofissionalidade sofre ao ser utilizada como sinônimos de outros conceitos, como multidisciplinaridade, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, dado que o histórico do termo ainda é pouco conhecido. Dessa forma, o autor dissecou a palavra, sendo “profissão” diferente de “disciplina”, o primeiro remete a um “recorte do ofício”, ou seja, de uma ocupação, e o segundo remete a um recorte de “informação técnica ou científica”, até mesmo como mencionado no tópico anterior. Dessa forma, a disciplina interfere na prática, por vezes através da subordinação, fragmentação e recortes, e é nesse ponto que existe a necessidade de reverter essa interferência para algo que construa, agregue e integre, principalmente se o objetivo é o trabalho em equipe.

O prefixo “inter” pode ser aprofundado no sentido de compreender tanto a interdisciplinaridade quanto a interprofissionalidade, dado que o que as diferencia do ponto de vista etimológico são os sufixos. Assim, o prefixo “inter” pode ser entendido como “no interior de dois”, podendo se apresentar como o encontro entre dois elementos, no caso, de duas ou mais profissões/disciplinas. O “inter” integra o que há de comum entre estes saberes, é onde se encontra o ponto de convergência, não no sentido de aumentar os afazeres de cada profissional, como se fosse algo além do que a profissão se propõe, mas sim de identificar as fronteiras interprofissionais (Ceccim, 2018).

Em um breve resgate histórico, Ceccim (2018) relata que o fundamento da prática interprofissional surge juntamente com a noção da ‘educação interdisciplinar’ e de ‘equipes de saúde interdisciplinares’. O desenvolvimento do conceito se baseava em promover a eficácia das equipes interdisciplinares de saúde conjuntamente a assistência médica/cirúrgica nos Estados Unidos a partir da Segunda Guerra Mundial. Esta perspectiva se tratava de uma nova

⁴ Em 2010, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu o Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, em que consideram a educação interprofissional fundamental enquanto estratégia para a redução da crise mundial na força de trabalho em saúde. Para mais informações: Organização Mundial em Saúde. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Departamento de Recursos Humanos para a Saúde. (WHO/HRH/HPN/10.3) CH1211. Genebra, 2010.

aposta nos processos de organização comunitária de serviços de saúde que tinha como público principal as camadas populares da sociedade. Dessa forma, as equipes interdisciplinares eram pensadas como forma de aproximação a um cuidado integral. A prática interprofissional era vista como forma de fornecer subsídios para uma educação e formação eficiente aos futuros profissionais de saúde com apoio governamental e de fundações filantrópicas, objetivando realizar mudanças significativas nos modelos e currículos disciplinares, não sem percalços.

A interprofissionalidade tem seu ponto de partida significativo com as professoras Danielle D'Amour e Ivy Oandasan (2005). Ambas buscaram encontrar uma diferença bem definida entre tal conceito com o de interdisciplinaridade, no qual apresentavam o primeiro como promotora de uma prática integrada entre os profissionais e o segundo como o campo dos conhecimentos. Entendem, portanto, que a prática interprofissional está atravessada não somente pelos saberes interdisciplinares, como também pelas trocas entre diferentes profissões tanto dentro de uma mesma instituição, quanto em diferentes e tudo que influenciam essas relações (Ceccim, 2018).

Ceccim (2018) apresenta o conceito de *saberes interdisciplinares*, nos quais estão postos os conhecimentos que advém das ciências, do saber popular e dos conhecimentos tácitos.⁵ Dessa forma, se relaciona com a perspectiva de que a interdisciplinaridade promove conhecimentos que são colocados em prática posteriormente, como mencionado. O autor também ressalta o conceito de *competências⁶ interprofissionais*, no qual se encontram as habilidades e fazeres/aptidões profissionais. Esses conceitos se entrecruzam na prática, onde os profissionais ao trabalharem em equipe, tem maior possibilidade de compartilhar os saberes entre si, ao passo que o trabalho individualizado requer maior desgaste para entrar em contato com outros saberes, aumentando a possibilidade de erro ou de colocar a vida do paciente em risco.

Assim, a interprofissionalidade visa, principalmente, a segurança do paciente, a integralidade, humanização do cuidado e preza pelo bem estar dos profissionais. Estes objetivos levaram a interprofissionalidade como um “trabalho em saúde centrado no usuário/paciente” e como norte para se alcançar este paradigma, tem-se a perspectiva da educação permanente que

⁵ É possível fazer um paralelo com o debate de Boaventura sobre ecologia dos saberes ao defender a promoção do diálogo entre os saberes, proporcionando uma visão mais amplificada do conhecimento (Boaventura, 2007).

⁶ Para um aprofundamento do debate crítico sobre “competências” ver Ramos em “Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?” (2006).

contribui para a problematização dos processos de trabalho e suas relações de poder intrínsecas nele (Ceccim, 2018).

Trazendo uma outra perspectiva de trabalho em equipe, a autora Peduzzi (2001) não trabalha com conceitos como a interdisciplinaridade e interprofissionalidade. Sua discussão é baseada no conceito puro e simplesmente de “trabalho em equipe”, no qual realiza uma diferenciação em sua tipologia, apresentando duas modalidades de trabalho em equipe: a equipe agrupamento e a equipe integração.

Apesar da diferenciação, possuem algo em comum: está posta a diferença técnica dos trabalhos que são especializados, além da assimetria no que tange o valor desses trabalhos, havendo hierarquia. Também estão presentes tensões entre os agentes do cuidado, relacionadas às diversas perspectivas sobre os processos de trabalho. A primeira é marcada pelo especialismo e fragmentação dos processos de trabalho, enquanto a segunda é pautada na articulação atrelada à integralidade das ações em saúde (Peduzzi, 2001). Relacionando com as definições que Japiassu (1976) propõe, pode-se dizer que a primeira noção se assemelha à multidisciplinaridade e a segunda à interdisciplinaridade.

Peduzzi (2001) trata da comunicação como “o denominador-comum do trabalho em equipe”, decorrente das relações estabelecidas entre os profissionais e sua interação. A comunicação se apresenta de três formas diferentes. Uma delas é quando a comunicação acontece externamente ao espaço de trabalho. Não é presente no trabalho, ou quando é, é apenas exercida com o caráter estritamente técnico. Nesta formação, pode-se observar a limitação da comunicação entre os profissionais ou até mesmo como uma ferramenta para o melhor exercício da técnica, no entanto, de uma forma ou de outra, sempre há tensão na comunicação e no fazer, gerando a dificuldade do agir-comunicativo.

A segunda forma em que a comunicação se apresenta é limitada ao caráter pessoal, prevalecendo as relações pessoais baseadas nas amizades e vínculos estabelecidos entre os profissionais, sobrepondo a dimensão técnica, no qual apresenta a redução da compreensão do fazer do outro, também dificultando o trabalho em equipe (Peduzzi, 2001).

Por fim, a terceira forma é constituída pelo trabalho em equipe em sua dimensão mais profunda. Os profissionais estão alinhados em suas linguagens, objetivos, cultura que são construídas pela relação entre a execução de intervenções técnicas e a comunicação intraprofissional. Dessa forma, há um agir-comunicativo efetivo, entretanto, ainda assim há

tensões, visto que o modelo hegemônico das instituições promove a fragmentação e hierarquização dos saberes e cargos (Peduzzi, 2001).

Nesse sentido, o saber médico, entendido enquanto função primordial no ambiente hospitalar, se caracteriza como “núcleo fundador” de outros trabalhos especializados. Dessa forma, as outras áreas são vistas como agregadoras do trabalho do médico, representada por diversas categorias profissionais fundamentais para o cuidado integral à saúde. No entanto, essa perspectiva social dada às outras profissões, se insere na questão de a valorização social ser desigual, quando em comparação com o médico (Peduzzi, 2001).

Esta desigualdade é reforçada pela hierarquização e disciplinamento das áreas diversas que se baseiam em normas e valores sociais. Dessa forma, tem-se a ultrapassada concepção de que alguns profissionais (sumariamente o médico) são superiores a outros profissionais, promovendo relações de subordinação. Mesmo havendo críticas a está formatação, há uma reiteração dos não-médicos ao modelo biomédico, sendo essa uma possível explicação da razão pela qual os profissionais possuem a tendência de endossar práticas sociais do momento histórico em que estão vivendo, além da alienação posta a todos que não se enxergam como agentes de potência transformadora e com capacidade de posicionamento frente a situações decisórias (Peduzzi, 2001).

Dessa forma, Peduzzi (2001) ressalta que nas equipes em que há menor desigualdade e assimetria entre os profissionais, tem-se maior integração na equipe. Ao passo que o trabalho é construído com base na integração, há mais possibilidades de haver maior liberdade de posicionamento e de busca de consensos nos processos de trabalho. De modo prático, a autora coloca: “quanto maior ênfase na flexibilidade do trabalho, mais próximo se está da equipe-integração; e quanto maior a ênfase na especificidade dos trabalhos, mais próximo se está da equipe-agrupamento” (p. 6, 2001).

Como conclusão, a autora se utiliza do termo “multiprofissional” como:

(...) uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (p. 6, 2001).

Vê-se uma diferente percepção do termo em comparação à Japiassu, autor utilizado no Quadro 1. Para Japiassu (1976), a multidisciplinaridade ou multiprofissionalidade se trata de

uma “gama de disciplinas que propomos simultaneamente, mas sem fazer aparecer as relações que podem existir entre elas (...) Sistema de um só nível e de objetivos múltiplos; nenhuma cooperação” (p. 73). Estas definições diversas nos mostram a pluralidade/polissemia desses conceitos.

4.3 EIXO III - Trabalho e gestão em saúde

Neste subtópico⁷, propõe-se discutir sobre os processos de trabalho em saúde e gestão, que também são fundamentais para pensar nos graus de liberdade dos profissionais nos serviços. Os processos de trabalho e de gestão podem ser tanto facilitadores quanto podem ser considerados atravessamentos que dificultam o trabalho em equipes interdisciplinares, dependendo dos objetivos institucionais buscados. Sendo assim, os autores selecionados para este subtópico são clássicos e fundamentais, tratam de temas profundamente significativos no que tange a organização institucional que atravessa de forma nuclear a forma como as equipes também se organizam. O ambiente hospitalar e sua gestão, e além disso, o próprio modo de produção capitalista têm papéis enraizados na forma de produção de cuidado.

Para sustentar esta discussão foram selecionados os seguintes autores: Franco e Merhy (2003); Campos e Amaral (2007); Pires (2000) e Merhy (2006). Busca aprofundar especialmente duas questões de investigação: d) Quais são as relações conceituais entre a concepção ampliada de saúde defendida pela Reforma Sanitária e a concepção de trabalho em equipes interdisciplinares de saúde? e) A literatura estabelece correlações entre o incentivo e a adoção do trabalho em equipes interdisciplinares em saúde e as tendências do mundo do trabalho em saúde no quadro do capitalismo contemporâneo?

Além de se relacionar especialmente com dois objetivos específicos: 2) contextualizar a concepção de trabalho em equipes interdisciplinares no modelo de sistema universal de saúde implementado após a Constituição de 1988; 3) caracterizar o trabalho em equipes interdisciplinares de saúde no ambiente hospitalar e no contexto da organização e das tendências do trabalho em saúde a partir dos autores selecionados. A segunda hipótese também

⁷ Levando em consideração o procedimento metodológico adotado para a dissertação, a preocupação está centralizada na gestão, suas formas e dinâmicas, entendendo que, para aprofundar a discussão sobre os processos de trabalho implicaria na ampliação do escopo da pesquisa, lançando mão de outros procedimentos mais qualitativos.

é representada diretamente neste subtópico, a qual envolve a concepção de trabalho em equipes interdisciplinares de saúde no ambiente hospitalar ser limitada estruturalmente pelo modo de organização e relações de trabalho no espaço hospitalar e pela hegemonia da lógica disciplinar, no caso biomédica, na organização e nas relações de trabalho no espaço hospitalar.

Dessa forma, os autores selecionados conversam profundamente sobre questões estruturais da dinâmica de trabalho na área da saúde. Franco e Merhy (2003) apresentam conceitos muito referenciados nesta área, sendo imprescindível a passagem por eles para maior entendimento desta dinâmica: o trabalho morto (composto por maquinaria e procedimentos) e o trabalho vivo (em ato) e a relação entre essas duas dimensões refletindo nos processos de cuidado. Quando o trabalho morto é mais intenso que o vivo, vê-se menor liberdade nos processos de trabalho, operando um cuidado pautado em lógicas mais estruturadas com procedimentos e protocolos, medidas mais rígidas que influenciam, por sua vez, no trabalho em equipe. Do contrário, havendo maior trabalho vivo, em ato, ocorrem maiores possibilidades de conduzir um cuidado que perpassa o acolhimento, vínculo, acompanhamento e corresponsabilização. Sem estas condições, veem-se formas rígidas de se exercer o cuidado e o que era acolhimento vira triagem, por exemplo.

Como meio de repensar as práticas no ambiente hospitalar, os autores Campos e Amaral (2007) propõe a concepção Paidéia com o objetivo de recompor o vínculo entre profissional/usuário dos serviços de saúde, bem como sugerir a superação do paradigma biomédico, o qual se baseia teoricamente a clínica de modo geral. A concepção proposta pelo autor gira em torno da consideração da necessidade de mudanças estruturais e organizacionais, envolvendo todos os trabalhadores inseridos nas instituições de saúde, entendendo que tais mudanças devem partir, sobretudo, de processos de mudanças no modo de ser destes sujeitos trabalhadores. Ressalta: “Reforma da estrutura e mudanças culturais” (p. 2).

Dessa forma, a concepção Paidéia “(...) sugere tomar-se como unidade nuclear de poder gerencial a Equipe Interdisciplinar” (p. 6). Ou seja, aposta em equipes compostas por diversos profissionais e especialistas organizados com o mesmo objetivo.

Há um esforço para transformação da gestão hospitalar, sendo duas que se destacam: uma que traz como foco a concepção “tecnocrática e gerencial” que busca a qualidade total, trazendo uma perspectiva empresarial para a instituição hospitalar. Nesta vertente, a qual preconiza os resultados e gestão baseada em indicadores, estimulando a padronização dos

procedimentos com o intuito de aumento de produtividade e eficácia das práticas, além da preocupação com a satisfação do cliente (Campos e Amaral, 2007).

A segunda vertente, criada nos Estados Unidos da América, aponta para uma concepção normativa e disciplinar, incidindo na autonomia dos profissionais de saúde, principalmente os médicos, no sentido de controle do trabalho em saúde. Campos e Amaral (2007) apresentam pistas para a reorganização da gestão e da clínica nos hospitais, utilizando essas duas vertentes como contraponto, ao trazer à tona a concepção de Paidéia.

Campos e Amaral (2007) descrevem estes dois modelos de atenção à saúde a qual a concepção Paidéia se contrapõe: os sistemas de padronização e disciplinarização das cadeias de cuidado, protocolos, entre outros, faz luz à sistemas baseados na concepção de linha de produção. É comum vê-se, nesta concepção, o reconhecimento da inevitabilidade da fragmentação do cuidado, justificada pela multiplicidade de especialidades e especialistas no mercado, além da diversidade de serviços que atuam em outras diversas áreas. Trazem, além disso, uma visão simplista do processo saúde-doença, entendendo que o mesmo é bem delineado e padronizando, e assim, constrói-se etapas do percurso da doença e preenchem com profissionais especializados em cada uma delas. A continuidade desta história não é surpresa: não há corresponsabilização do cuidado, cabendo ao paciente e sua família o trabalho de ligar os pontos, de construir um sentido nessa linha de cuidado desconexo.

Além disso, a inserção de profissionais, principalmente médicos e enfermeiros, em regime de plantão dificulta o cuidado longitudinal, dado que os mesmos estão presentes em apenas um momento deste cuidado e não em todo o processo. No Brasil, isso se deve aos obstáculos políticos, estruturais e culturais que incentivam a realização de reformas no que tange a concretização e efetividade de uma clínica essencialmente “singular” e “compartilhada”. Singular por considerar cada paciente único e assim construir um cuidado singularizado; compartilhado, visto que se trata do conceito ampliado de saúde, portanto, vê-se a necessidade desse cuidado ser compartilhado pelos diversos profissionais. Além das contratações de trabalho estarem predominantemente neste tipo de regime de plantão, os vínculos empregatícios estão cada vez mais flexíveis, gerando a fragmentação do processo terapêutico (Campos e Amaral, 2007).

Em contraponto a esta forma fragmentada de fazer saúde, Campos e Amaral (2007) trabalham com o conceito de clínica ampliada. Este conceito aponta para uma amplificação do

objeto de trabalho na saúde, ou seja, para a clínica ampliada o objeto em questão é muito além da doença, também entra no bojo os problemas de saúde, aspectos que aprofundam a vulnerabilidade das pessoas. Torna-se, portanto, uma clínica do sujeito, ao passo que o coloca no centro e não a doença por si só.

Esta perspectiva muda também a forma como as intervenções são realizadas nestes sujeitos, dado que não se trata somente da dimensão biológica do adoecimento, mas também a subjetiva e social. Trata-se de um desafio maior ainda para os hospitais, principalmente pela lógica fragmentária estrutural. Assim, como pensar um cuidado hospitalar pautado na clínica ampliada? Campos e Amaral (2007) nos dá algumas pistas: A partir do momento que identificamos que o processo saúde doença extrapola o aspecto biológico, também percebemos que o cuidado prestado deve ser para além de medicamentos e cirurgias. Portanto, apostar no “(...) poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial (...)” (p. 4) são movimentos fundamentais para se chegar a um cuidado essencialmente ampliado.

Estes movimentos são pautados principalmente na superação da perspectiva que se tem dos pacientes, enxergá-los como seres que aguardam “pacientemente” as ordens, que são passivos e acríticos aprofundam a objetificação dos mesmos. Entender que, na realidade, os pacientes são pessoas subjetivas, que possuem suas próprias histórias e atravessamentos que perpassam seu adoecimento.

Nesse ínterim, pode-se considerar que ter esta dimensão do adoecimento não basta, dado a necessidade de uma reforma cultural também. Esta reforma trata-se essencialmente da modificação do ambiente de trabalho para uma realidade que propicia a desfragmentação do cuidado em saúde. Campos e Amaral (2007) citam alguns exemplos de iniciativas e até programas consolidados que têm tal foco: o HumanizaSUS, como já foi citado anteriormente nesta pesquisa, além de estudos que evidenciam resultados bastante significativos do “(...) autocuidado, o trabalho em equipe interdisciplinar e consideração de fatores subjetivos e sociais na prática clínica” (p. 5).

Para que os serviços alcancem na prática esta realidade, Campos e Amaral (2007) apontam a necessidade da aposta em educação continuada, tendo como objetivo a reestruturação das práticas já engessadas dos trabalhadores. Uma das indicações do autor, é a inserção na rotina hospitalar dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para os casos mais

complexos. Trata-se de um dispositivo em que todos os profissionais envolvidos no cuidado do paciente em questão discutem sobre o caso em uma perspectiva interdisciplinar colocando em um mesmo nível de importância todos os saberes em torno. Enquanto projeto, tem-se a dimensão prospectiva do caso, ou seja, não se condensa somente no momento da internação do paciente, e sim a longo prazo. Além disso, é uma ferramenta interessante para que cada profissional possa repensar as próprias condutas, atualizando-as diante da percepção dos outros profissionais. É uma ferramenta originada da saúde mental nos anos 90, e depois adaptada para outras áreas da saúde, como a atenção primária e os hospitais.

Os autores supracitados ressaltam outros dois recursos: o primeiro é uma extensão do PTS, no entanto, é realizado em formato peripatético, ou seja, ocorre enquanto os profissionais andam e visitam os leitos. É uma forma de estimular a abertura entre os profissionais. O segundo recurso é a cogestão (Campos e Amaral, 2007), trata-se não somente de educação em saúde, como a estimulação da democracia institucional, dando voz e vez a todos os envolvidos no trabalho hospitalar através da construção dialógica. Na prática, os protocolos e direcionamentos institucionais são promovidos por especialistas, mas ao invés da normatização destas decisões pelos dirigentes, abre-se um processo de análise pelos profissionais envolvidos e afetados por cada proposta. Dessa forma, a hierarquização é colocada em xeque, visto que todos são incluídos no processo de decisões institucionais.

No que tange a instituição hospitalar, sobretudo pública, a organização é estruturalmente e de característica complexa. Campos e Amaral (2007) aponta que há diversos estudos demonstrando que seu funcionamento é dependente de gestão aberta a certo grau de autonomia. No entanto, ao ser deslocado para a lógica do mercado, têm-se a possibilidade de direcionamento de perfis de clientela ao discriminar quais problemas de saúde atenderia ou não de acordo com a oferta financeira recebida. Assim, há questões profundas tanto de eficiência quanto de eficácia nos hospitais do SUS, baseado principalmente na organização burocratizada e protocolar da administração pública direta. Entretanto, nenhuma mudança será efetivada se não forem de fato executadas as políticas de saúde e novas perspectivas assistenciais.

Sendo assim, mudanças no modo de produzir saúde estão condicionadas às mudanças de gestão, ambas precisam ser coerentes. De modo prático, as mudanças precisam ocorrer em três dimensões: melhorar as condições de saúde dos pacientes, promover a realização profissional dos trabalhadores da saúde e reformar o hospital. No que tange o trabalho interdisciplinar, sua praticidade está condicionada aos "(...) arranjos organizacionais que o

sustentem e é necessário buscar novas formas de inserir os profissionais no trabalho de produzir saúde” (Campos e Amaral, 2007, p. 10). Esta concepção do autor retira o peso da busca pelo interdisciplinar única e exclusivamente dos profissionais, dado que, na realidade, a equipe interdisciplinar depende da organização das instituições de saúde. Por mais que os profissionais tentem trabalhar de forma interdisciplinar, se o hospital promove a fragmentação, a competição, a burocratização e práticas excessivamente protocolares e rígidas, seria apenas enxugar gelo.

Infelizmente, este perfil de gestão hospitalar é o mais presente no país. De modo geral, a característica de gestão é a de busca incessante por indicadores de produtividade e qualidade. No entanto, para superar esta realidade, tem-se como horizonte a descentralização do poder, apostando na cogestão e corresponsabilização, além do aprimoramento da comunicação institucional (Campos e Amaral, 2007).

No entanto, esta discussão se mostra incompleta ao não trazer à tona a influência do capitalismo na forma de se produzir saúde, assim como na forma de gerir as instituições de saúde e as práticas em saúde submetidas a ele. Para situar o debate dentro desta perspectiva histórica e social, recorreremos à autora Denise Pires que, apesar do texto selecionado da mesma ser de 2000, duas décadas atrás, ele ainda é extremamente atual. Isto se dá pela descrição do contexto utilizada para introduzir a discussão da reestruturação produtiva: para debater sobre o trabalho em saúde, é preciso considerar o contexto em que a sociedade, de modo geral, é organizada sob a hegemonia do modo de produção capitalista, em que há intensa dependência do mercado financeiro para sua roda girar abarcado pela política neoliberal.

A partir dos anos 70, nos países capitalistas desenvolvidos, passa a ocorrer com maior intensidade o processo para um novo padrão produtivo no mercado de trabalho. No Brasil, pode-se observar este movimento a partir dos anos 90. Este movimento de novidade no padrão produtivo, ocorreu primariamente na produção industrial e em setores mais influentes da economia, no entanto, impactou todos os setores da sociedade no mundo do trabalho e da produção. Trata-se da inserção de novos materiais, pela inovação e intensificação do uso da tecnologia, além de mudanças na forma de organização e gestão do trabalho (Pires, 2000).

Como consequência dessas mudanças, ocorreram muitos debates e conflitos sobre a influência direta dos movimentos do capitalismo no mundo do trabalho, de forma intrínseca. Dessa forma, com mais tecnologia, mais cresceram os números de desemprego e desigualdade. Na área da saúde, a influência do capitalismo se apresenta em muitos aspectos, não somente no

processo de trabalho na ponta. As mudanças nas concepções de saúde-doença, as próprias práticas em saúde, a organização no trabalho, bem como sua divisão e, dependendo do tipo de instituição, pública ou privada serão acertadas de formas diferentes, mas serão, além do processo de formação dos profissionais de saúde e do desenvolvimento de conhecimentos foram e são influenciadas pelo modo hegemônico de produção capitalista, que assenta também seu efeito na cultura (Pires, 2000), ou seja, na formação de sujeitos.

O trabalho em saúde tem especificidades diferentes das dos outros setores, visto que “seu produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade”. Esta descrição muito se assemelha ao conceito de trabalho vivo em ato trabalhado por Merhy (2006). Enquanto discriminação do trabalho em saúde, Pires (2000) aponta que o mesmo tem como finalidade:

(...) - a ação terapêutica de saúde; como objeto – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida (Pires, 2000, p. 255).

Este processo é colocado em prática através do trabalho coletivo realizado por muitos profissionais de saúde, além de todos os trabalhadores envolvidos na administração de uma instituição hospitalar. No entanto, por vezes, trata-se de um trabalho coletivo “compartimentalizado”, no qual cada profissional trabalha em sua área específica, separado dos demais, tendo como consequência a duplicidade de cuidados e ações antagonistas, ao invés de agregadoras, principalmente na medicina, na qual ainda há a predominância da perspectiva médico centrada, dificultando o diálogo com as outras profissões.

Retomando a questão da reestruturação produtiva, ressaltar algumas características da mesma pode ajudar na elucidação deste movimento. Pires (2000) aponta 7 características fundamentais. A primeira se trata do fato de que o setor da saúde utiliza de forma intensa as novas tecnologias, como por exemplo, equipamentos de ponta, com alto teor tecnológico (equipamentos baseados em sistemas especializados, auxiliando em diagnósticos e utilizando amplamente a automação). Com isto, impacta diretamente na forma de produção de saúde, dado que estes equipamentos não chegam de maneira igualitária a todos os serviços de saúde, deixando alguns deles defasados ou até mesmo incapazes de prestar alguma assistência específica. O acesso desigual produz impactos na gestão, como no deslocamento de pacientes

para realizar exames em unidades de grandes centros. Além disso, há a questão do curto prazo de depreciação dos equipamentos, gerando um ciclo rápido de renovação de tecnologia.

A segunda é a ampliação da terceirização derivada destas inovações tecnológicas, principalmente em hospitais privados, onde se encontram uma organização em rede no que tange a contratação de empresas que fornecem materiais. Passando para a terceira característica, a organização do trabalho e modelo assistencial influenciada diretamente pelos modelos de trabalho, mantendo ainda fortes aspectos da lógica taylorista⁸, e na perspectiva positivista da ciência, o qual defendia que somente o conhecimento científico era válido. Como exemplos destes aspectos no contexto atual, a autora ressalta que se encontra na falta de alinhamento nas condutas dos profissionais; a fragmentação do trabalho, no qual cada profissional atua somente de acordo com sua área determinada sem dialogar com seus pares; falta de práticas interdisciplinares na assistência em saúde, e onde a especialização poderia sugerir avanços e fazer circular diferentes saberes, intensifica-se a alienação e a prática individual; objetificação do sujeito, desconsiderando a dimensão subjetiva e autônoma do mesmo (Pires, 2000).

No que tange ao emprego, enquanto quarta característica, a reestruturação produtiva tem como uma das piores consequências o aumento do desemprego em muitas áreas dos setores produtivos. No entanto, na área da saúde isso não foi visto quando a pesquisa foi feita em 2000. Isso se deu primeiro, pelo fato de que o aumento da automação não substituiu o trabalho humano de diagnóstico, avaliação e terapêutica. Assim como não substituiu a assistência prestada, também é necessário o profissional para manusear, preparar e fazer funcionar os instrumentos de trabalho. “Os equipamentos são utilizados no tratamento de seres humanos que têm reações individuais e precisam ser tratados e avaliados como individualidades (Pires, 2000, p.259)”.

Também houve um aumento da precarização do trabalho, se apresentando com a intensificação do trabalho autônomo, no qual não há vínculo empregatício nem contrato de prestação de serviços. Dessa forma, o trabalho também se apresenta de forma temporária e sem garantias trabalhistas, bastante comum na terceirização no setor, tendo como objetivo a diminuição de custos e na desresponsabilização com os trabalhadores.

A quinta característica trata-se da qualificação dos profissionais. A formação dos profissionais tem grande impacto na produção de saúde, visto que a mesma pode intensificar a fragmentação e individualização do trabalho, como pode incentivar um trabalho mais integral

⁸ Para maior aprofundamento ver em Ricardo Antunes no livro “Os sentidos do trabalho” de 1999.

e dialógico. A autora utiliza como exemplo como o governo tratou da educação dos agentes comunitários de saúde, promovendo uma formação rápida e ineficiente com o objetivo de produzir um contingente de trabalhadores cada vez mais precoce e com menos custo, precarizando ainda mais a categoria.

Enquanto vantagens e desvantagens da reestruturação produtiva como sexta característica, a autora (Pires, 2000) ressalta que houve acertos no que tange a maior eficiência de certos tratamentos em saúde através das novas tecnologias. Mas, por outro lado, mais distante a população fica dessas novas condutas, intensificando a concepção passiva de “paciente”. Por último, o uso das novas tecnologias proporcionam menos desgaste aos profissionais de saúde, diminuindo a força de trabalho, bem como o estresse como, por exemplo, nos ruídos provocados pelos equipamentos defasados.

Diante destas características, evidencia-se a necessidade da conscientização dos próprios profissionais da saúde sobre as ofensivas do capital, compreender o quanto deste sistema está incrustado e influencia diretamente no trabalho em saúde, na concepção saúde-doença, nos determinantes e condicionantes da saúde, na precarização do trabalho cada vez mais intensificado com o passar dos anos. Recorrer ao sindicalismo e às entidades representativas para reaver direitos perdidos ou ameaçados é uma pista que a autora destaca. É lançar mão de:

(...) uma organização profissional para pensar a necessidade da formação, de conhecimentos, de formas éticas de ação, com vistas a mostrar para a sociedade a sua importância e utilidade. Mas é fundamental, também, a organização horizontal classista que articula as diversas entidades representativas de trabalhadores em uma central sindical, com vistas ao desenvolvimento de lutas conjuntas, no âmbito das políticas globais (p. 261).

Nesse momento, é possível identificar tantos atravessamentos para que uma equipe atue enquanto interdisciplinar. Como pensar em equipes interdisciplinares diante da reestruturação produtiva? Em vista que este processo intensifica a fragmentação, a desigualdade, a desesperança, insegurança trabalhista diante do afrouxamento dos vínculos empregatícios, entre muitas outras consequências citadas. Pires em 2000 já provocava os profissionais da saúde para a reflexão das características mercantis que rodeiam o trabalho em saúde, fruto do sistema capitalista que se enraíza em todos os aspectos da sociedade, e a saúde não fugiria disso. Estar

atento a estas questões, abre-se a possibilidade de maior visão crítica da realidade que cerca o trabalho em saúde e o papel do profissional da saúde neste contexto⁹.

4.4 Conclusões parciais do Bloco I

Neste bloco, foram selecionados autores (Campos e Amaral, 2007; Ceccim, 2018; Franco e Merhy, 2003; Japiassu, 1974; Merhy, 2006; Matos, Pires e Sousa, 2010; Peduzzi, 2001; Pires, 2000; Pezzato e Mendes, 2017; Rocha e Lucena, 2018) que se debruçaram sobre a discussão da interdisciplinaridade e nos temas que a atravessam no que tange a área da saúde, foco desta pesquisa. Diante disso, sem a pretensão de esgotar essa temática, foi possível adentrar em questões que causam inquietações.

Mesmo diante de tantas discussões e reflexões apresentadas até o momento, este bloco termina com mais questionamentos que quando começou. A interdisciplinaridade, mesmo tendo definições diversas por se tratar de um conceito polissêmico, aponta para o mesmo caminho: fazer circular os saberes para um bem comum. Utilizar-se de todas as ferramentas e atribuir-lhes às suas faltas, o preenchimento que o outro saber possui. Passando longe da descaracterização de cada conhecimento, mas aproximando do compartilhamento, preservando suas identidades, valorizando seus saberes e conhecimentos técnico-científicos.

Como introduzir essa perspectiva em um ambiente que promove exatamente o contrário? O ambiente hospitalar sustenta-se em uma lógica biologizante materializada pela departamentalização, pela separação das especialidades e pela fragmentação do cuidado (que fragmenta o sujeito trabalhador e o sujeito paciente). Apesar de todos os esforços reconhecidos que tentaram promover mudanças radicais na concepção de saúde-doença e, logo, na produção

⁹ O movimento da inserção do capital financeiro na saúde pública não ocorre sem razão: a própria disseminação do mal funcionamento dos serviços de saúde pública, da baixa qualidade e maus tratos acontecem ao passo de maior oferta de serviços privados (planos de saúde) que “preconizam” o oposto. Além disso, a inserção de empresas terceirizadas, a subcontratação de hospitais e laboratórios de análises clínicas e exames nos serviços públicos que defende seu “pleno funcionamento” evidenciam o alinhamento da atenção à saúde com as dinâmicas mais contemporâneas de reprodução e amplificação do capital (Luz, 2013).

de cuidado, como por exemplo, a própria Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas políticas que se voltam para a desconstrução da perspectiva reducionista do cuidado, essa lógica ainda, segundo a literatura selecionada e consultada, é dominante nas instituições de saúde, principalmente no hospital.

Consideramos que a dominância é efeito de atravessamentos estruturais, os quais, por sua vez, criam dificuldades para modificações mais efetivas e permanentes: a formação dos profissionais de saúde, que tem em sua raiz o modelo fragmentário de ensino, sobretudo a medicina; a própria dinâmica do hospital, que além do espaço físico promover a separação das áreas atuantes, também conta com fortes relações de poder e hierarquia; a própria diversidade conceitual das políticas que sustentam os processos formativos e do trabalho; e para além de tantas questões postas, a mais grave e mais difícil de superar é a própria dinâmica do capitalismo que está na base de todos os problemas mencionados, tornando qualquer movimento contrário a ele, envolvido de limitações.

Ao menos no quadro de autores selecionados para esta dissertação, a própria pesquisa e os debates recorrentes na área da saúde são muito tímidos em associar problemas e dificuldades identificadas no trabalho real com as dinâmicas do capitalismo atual. Este dado representa um problema orgânico na área da saúde: a dificuldade dos profissionais de não se localizarem nessa dinâmica capitalista que atravessa intrinsecamente as relações de trabalho/formação/sujeito que o trabalhador ocupa e que aos poucos toma espaço também nas camadas que nunca pensaram que seriam atingidas: a medicina.

Mesmo diante dessas limitações, esses autores mostraram que, certamente, há o que ser feito, há fôlego para ir na contramão de tantos obstáculos e repensar as práticas de saúde e tornar os profissionais protagonistas do próprio fazer e conscientes do lugar que ocupam. Na busca de mais fôlego e doses de esperança, chega o momento de abrir o bloco II, que tem como objetivo justamente identificar que movimentos estão sendo realizados com o objetivo de promover a interdisciplinaridade nos ambientes hospitalares. Temos como norte a circulação desses dispositivos para que sirvam de inspiração para todos os trabalhadores inseridos em um ambiente hospitalar, nesse momento desalentador da história político-social do nosso país.

No entanto, uma questão recorrente durante a leitura dos artigos selecionados, mas para qual não dispomos de elementos para produzir respostas, pois elas escapariam aos objetivos da dissertação, é questionar sempre: qual é o potencial de reprodutibilidade desse dispositivo e/ou

experiência, levando em consideração o contexto sócio-econômico-político-estrutural de cada serviço?

5 QUADRO II – Levantamento de artigos sobre trabalho em equipe interdisciplinar no hospital

Autor(es)	Título	Objetivo	Metodologia	Revista
Alves <i>et al.</i>	Evidências sobre trabalho em equipe na atenção hospitalar	Identificar e analisar, na literatura nacional e internacional, a produção científica acerca do trabalho em equipe, na atenção hospitalar	revisão integrativa	Journal Health NPEPS, 2016
Araújo Neto <i>et al.</i>	Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional	Identificar a percepção dos profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) sobre os fatores restritivos do trabalho em equipe multiprofissional	Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa com entrevistas.	Revista Brasileira em Promoção da Saúde, 2016
Backes e Azevedo	Os paradoxos do trabalho em equipe em um Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico (CTI-Pediátrico): explorando as articulações psicossociais no trabalho em saúde	O artigo tem por objeto o trabalho em equipe investigado à luz dos processos intersubjetivos em organizações de saúde.	observação participante e 24 entrevistas com profissionais	Interface, 2017
Bortagarai <i>et al.</i>	A interconsulta como dispositivo interdisciplinar em um grupo de intervenção precoce	O objetivo deste estudo é analisar o uso do dispositivo de interconsulta como estratégia interdisciplinar em um grupo de profissionais que atuam em um programa de intervenção precoce.	A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista gravada, com um roteiro semiestruturada.	Distúrb. Comun., 2015
Cardoso e Hannington	Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança	Este artigo apresenta resultados parciais de pesquisa que visou a apreender como os trabalhadores vivenciam as relações	A pesquisa qualitativa utilizou técnicas de observação participante e entrevistas semiestruturadas para a produção de dados.	Trab. educ. saúde, 2011

		interprofissionais no contexto das práticas de atenção à saúde em doenças infecciosas em setor de internação hospitalar de instituto de pesquisa.		
Coifman <i>et al.</i>	Comunicação interprofissional em unidade de emergência: estudo de caso	Mapear fatores internos e externos em uma unidade de emergência que interferem na prática comunicativa interprofissional.	Estudo de caso único realizado na unidade de emergência de um hospital geral.	Rev. esc. Enferm, 2021
Fonseca e Vieira (voltar nele com calma)	Análise pluridisciplinar das situações de trabalho: para além da avaliação de desempenho dos trabalhadores do setor de saúde pública no estado de Minas Gerais	O presente ensaio apresenta considerações críticas sobre o processo de Avaliação de Desempenho Individual (ADI) ao qual estão atualmente submetidos os servidores do setor de saúde do estado de Minas Gerais.	Relato de experiência	Saúde & Sociedade, 2011
Goulart <i>et al.</i>	Relacionamento interpessoal: identificação de comportamentos para trabalho em equipe em unidade coronariana	Identificar, na equipe multiprofissional da unidade coronariana, comportamentos facilitadores e dificultadores, para o trabalho em equipe, na perspectiva do relacionamento interprofissional	Pesquisa descritiva/ abordagem qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas.	Rev. Mineira de Enf., 2019
Guzinsky <i>et al.</i>	Boas práticas para a comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica	relatar a experiência da sistematização de <i>round</i> interdisciplinar	Relato da experiência	Rev. Gaúcha Enferm., 2019

		no cuidado a pacientes com fratura da extremidade proximal de fêmur internados em unidade cirúrgica.		
Lemos <i>et al.</i>	Comunicação efetiva para o cuidado seguro ao paciente com implante de dispositivo de assistência ventricular	Relatar a atuação da equipe multidisciplinar na comunicação efetiva e no cuidado seguro aos pacientes com dispositivo de assistência ventricular.	Relato de experiência	Rev. Gaúcha Enferm, 2019
Melo e Lenardt	Espaço, liminaridade e sociabilidade: etnografia da sala do café de uma unidade hospitalar	Trata-se de estudo etnográfico, cujo objetivo foi interpretar as dimensões estruturais e simbólicas do espaço físico da copa, por meio das interações sociais entre os profissionais da equipe multiprofissional da Unidade de Trauma de um Hospital Universitário	a observação participante e entrevistas semiestruturadas	Cultura de los cuidados, 2014
Miranda, Uribe Rivera e Artmann	Trabalho em equipe interdisciplinar de saúde como um espaço de reconhecimento: contribuições da teoria de Axel Honneth	O presente estudo teórico tem como objetivo relacionar uma discussão sobre o trabalho em equipe interdisciplinar nos serviços públicos de saúde com os principais conceitos do filósofo contemporâneo Axel Honneth, dentre eles aquele que denominou Luta por Reconhecimento.	Revisão narrativa	Physis, 2012

Moreira <i>et al.</i>	Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente	Descrever e analisar estratégias de comunicação interprofissional efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos no trabalho hospitalar e promoção da segurança do paciente.	Estudo descritivo e qualitativo, com entrevistas.	Rev. Gaúcha Enferm, 2019
Noce <i>et al.</i>	Relações interprofissionais de uma equipe de assistência ao paciente em cuidados críticos	Identificar as percepções do trabalho em equipe segundo os profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto.	Pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa	Rev. Bras. Enferm., 2020
Silva e Ramos	Profissionais de saúde de um serviço de emergência hospitalar: discursividades em torno do cuidado	O estudo objetiva investigar as discursividades dos profissionais de saúde de um serviço de emergência hospitalar em torno do cuidado e suas possíveis implicações para a assistência à saúde.	Pesquisa qualitativa, entrevistas semiestruturada.	Physis, 2014
Wanderbroocke <i>et al.</i>	O sentido de comunidade em uma equipe multiprofissional hospitalar: hierarquia, individualismo, conflito	Procurou-se compreender o sentido de comunidade no contexto de trabalho de uma equipe multiprofissional hospitalar.	pesquisa qualitativa, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas	Trab. Educ. saúde, 2018

6 CAPÍTULO II - BLOCO II

O bloco II se dedica ao conjunto de trabalhos científicos dedicados a análises de experiências, portanto, de pesquisas qualitativas inseridas nas categorias de estudo de casos/relato de experiência e que utilizam como técnicas de pesquisa a observação participante, entrevistas e grupos focais. Foi selecionado apenas 1 artigo de revisão integrativa por contar com uma exploração maior em bases de dados, sobre experiências de equipes de saúde no hospital, promovendo ampliação na discussão, visto que na presente pesquisa não foi possível explorar outras bases de dados pela problemática do tempo. A seleção e leitura dos trabalhos científicos inseridos nesse bloco procurou destacar duas dimensões: 1) trabalhos cujas discussões tratassem dos atravessamentos, aqui compreendidos como limitações e obstáculos enfrentados pelos trabalhadores da saúde para a consecução da proposição de trabalho em equipe interdisciplinar; 2) trabalhos que apresentaram experiências exitosas na promoção da perspectiva interdisciplinar no ambiente hospitalar com potencial para a promoção do trabalho em equipe interdisciplinar.

Temos em vista que este compilado de experiências possa inspirar profissionais de saúde, mas principalmente gestores, para que possam gerar reflexões sobre a possibilidade de as replicarem ou, a partir delas, produzirem uma proposta mais adequada que considere o próprio contexto. Parte-se, portanto, de outras visões e perspectivas para melhoria da dinâmica hospitalar, além de identificar atravessamentos cruciais que limitam a prática interdisciplinar no hospital, atravessamentos estes percebidos por pessoas que estão vivenciando dificuldades para praticar um cuidado mais integrativo. Dar voz a experiências realizadas em um local específico pode servir de identificação para muitos outros profissionais, transformando em uma cadeia o movimento por transformações.

Nesse momento, abrimos um parêntese para utilizar uma referência que não faz parte do Quadro II com objetivo de enriquecer a compreensão das *experiências*. Elas são fundamentais para a construção da relação entre a crítica e a cultura, no qual promovem a reflexão sobre si mesmo, sobre o mundo e a elaboração de teorias científicas. Apoiado nos estudos gramscianos, Semeraro (2001) ressalta a integralidade da realidade e a relação inseparável entre o agir e conhecer. Assim, a forma como se apreende os fatos estão ligadas ao contexto sociopolítico que os indivíduos estão vivendo. Assim, a política, a história e o conhecimento são considerados fundamentais para a formação de indivíduos com pensamento crítico. Ou seja, a historicidade processual dos fatos é fundamental para compreensão da realidade vivida e para além disto, ter claro o que funciona ou não para aquele contexto através

das experiências circuladas. Conhecer a historicidade é, portanto, um dos pilares para a construção do conhecimento. Poderíamos ir além e trazer a perspectiva materialista dialética da realidade através da concepção marxista (Marx, 1979), porém, pelo tempo limitado dedicado ao processo da dissertação, não será possível este desdobramento.

O bloco será dividido em três subtópicos: 4.1 *Atravessamentos para a prática interdisciplinar no hospital*; 4.2 *Potencialidades do trabalho em equipes interdisciplinares em saúde* e 4.3 *Apostas para o trabalho em equipe interdisciplinar*. A título de esclarecimento, o termo “potencialidade” diz respeito à capacidade dos dispositivos apresentados pelos autores de resolverem problemas locais, dentro do contexto de cada um e “apostas” no sentido de experiências reais e sua capacidade de reprodutibilidade em outros contextos. Diferente do outro bloco, este não terá corpus teórico específico para cada subtópico, visto que diversos artigos apresentam tanto limitações como potencialidades e experiências exitosas de práticas interdisciplinares no hospital. Portanto, o mesmo autor poderá ser utilizado nos três subtópicos, conversando com todos os aspectos do bloco.

6.1 Atravessamentos à prática interdisciplinar no hospital

No presente subtópico serão trabalhadas questões que conversam com parte da questão de investigação que trata dos atravessamentos e limites da prática interdisciplinar no hospital, deixando as potencialidades para o próximo subtópico, além de se relacionar diretamente com o objetivo específico que trata da mesma questão (identificar os fatores que favorecem ou limitam o trabalho em equipes interdisciplinares). A título de organização textual, a opção foi iniciar com o único artigo de revisão integrativa selecionado.

Alves *et al.* (2016) realizaram uma revisão integrativa de pesquisas com o objetivo de identificar e analisar na literatura nacional e internacional o que está sendo discutido sobre o trabalho em equipe no contexto hospitalar entre o período de janeiro de 2000 a dezembro de 2015, utilizando três bases de dados (LILACS, PUBMED e CINAHL) e contando com a análise final de 12 artigos. Este artigo especificamente foi selecionado por, primeiramente, tratar de forma direta do tema da presente pesquisa, e também pelo fato de se caracterizar uma revisão integrativa que buscou dados em outras bases não exploradas, demonstrando uma pesquisa mais extensa e ampliada, o que pode contribuir trazendo outras perspectivas.

Na análise dos artigos selecionados pelos autores (Alves *et al.* 2016), algumas questões fundamentais foram levantadas: 1) somente 1 artigo analisado tratava equipe de saúde com conformação contando com outros profissionais além da medicina e enfermagem, demonstrando uma fragilidade importante na constituição de equipes de saúde, representando pouca atuação/inserção/protagonismo de outras categorias no ambiente hospitalar; 2) evidência de que há pouca ou inexistente colaboração entre os profissionais, fato que necessariamente limita a potência do trabalho em equipe. Os autores revelam que, em sua maioria, atitudes fragmentadas e pouco dialógicas partem, em grande maioria, dos médicos, que por vezes não se percebem neste lugar; 3) falta de comunicação, ponto que dificulta em grande escala o cuidado integral, seja pela falta de coordenação dos cuidados prestados, seja pela duplicidade de cuidado, ambos prejudicando não somente a dinâmica do trabalho em saúde, como os pacientes; 4) ausência de compreensão dos profissionais sobre o lugar que ocupam, dificuldade de identificar a si mesmo e os outros dentro de um processo de trabalho interdependente.

Estes pontos levantados pelos autores (Alves *et al.* 2016) sinalizam muito do que foi encontrado nesse conjunto de artigos selecionados para compor o presente subtópico. De modo geral, todos esses aspectos aparecem diversas vezes, mas serão desdobrados de acordo com as vivências únicas de cada estudo.

Backes e Azevedo (2017) realizaram um estudo em um Centro de Tratamento e Terapia Intensiva (CTI) Pediátrico e corroboram com a limitação de profissionais em uma equipe, caracterizando predominantemente apenas enfermagem e medicina. Os autores utilizam a Peduzzi para descrever a dinâmica observada: se trata de equipe agrupamento, ou seja, há certa fragmentação no trabalho em equipe, a qual predomina a hierarquização.

Mesmo levantando tais dificuldades igualmente importantes e também já mencionadas na presente pesquisa, os autores alertam (Alves *et al.* 2016): há poucos estudos sobre os fatores que limitam o trabalho em equipe, fazendo o apelo de produção de maiores pesquisas sobre o assunto, principalmente tendo como norte a possibilidade de enfrentá-los, de construir estratégias e intervenções. “Possibilidade”, dado que não basta somente que os profissionais atuantes em uma equipe queiram, há questões estruturais e de gestão nucleares que precisam ser vistas para que tais transformações ocorram, como mencionado no Bloco I.

Neto *et al.* (2016) realizaram um estudo exploratório e descritivo com uma equipe de saúde de uma UTI de um hospital de alta complexidade, buscando identificar a percepção dos

profissionais sobre os fatores restritivos do trabalho em equipe. Um dos fatores que mais chamou a atenção, por ter aparecido em outros estudos também, é a questão da hierarquia.

No caso do estudo dos autores (Neto *et al.*, 2016), a hierarquização dos profissionais levou a um significativo desrespeito entre os envolvidos no cuidado. Na prática, o desrespeito se apresenta nas disputas e tentativas de contestação das condutas técnicas sustentadas por cada um, promovendo a falta de clareza dos espaços que cada um ocupa no hospital, bem como a incapacidade de identificar em que ponto esses espaços se encontram e compartilham. Trata-se, portanto, da individualização das práticas de saúde, disputa por espaço e intensificação da hierarquia e tem como ponto de partida o desconhecimento do fazer do outro profissional. Como desdobramentos desse problema, os autores apontam que, a partir disso, podem ocorrer problemas éticos, desgaste emocional, discussão e implicância dentro da equipe.

Esta questão da hierarquização também foi apontada no estudo realizado pelos autores Wanderbroocke *et al.* (2018) em um ambulatório de hematologia e oncologia pediátrica, no qual caracterizou-se como atravessamento nas relações de equipes, além de ressaltarem como consequência da cultura biomédica, a qual permanece hegemônica. Esta lógica de funcionamento, apontam, apresenta força para limitar ou até mesmo impedir a construção do “sentido de comunidade” (p. 3) entre os profissionais que integram uma equipe, influenciando a qualidade do trabalho prestado. Além disso, os autores também corroboram com as assertivas de Neto *et al.* (2016) no que tange às práticas individualizadas. Identificaram em seu estudo que, apesar de estar presente nos discursos dos profissionais entrevistados a importância do trabalho interdisciplinar, na prática predomina as práticas individualizadas e há pouco ou nenhum movimento para a construção de relações integrativas.

Moreira *et al.* (2019), na revisão de literatura identificaram diversos artigos que ressaltam a cultura organizacional como apoiadora das relações hierarquizadas e para além disso, do desrespeito entre os profissionais baseado no autoritarismo, encontrado facilmente no ambiente hospitalar. Estes comportamentos são aprendidos e difundidos pela própria cultura organizacional e estrutural do hospital, na qual promove a competição e dificulta a comunicação.¹⁰ Nas entrevistas realizadas com 29 profissionais (apenas médicos, enfermeiros e técnicos novamente) de um hospital da rede pública de saúde do estado do Ceará pelas autoras,

¹⁰ Trazendo uma dimensão não mencionada no artigo, é preciso olhar para os efeitos da escravatura tardia no Brasil e do racismo estrutural na construção das relações de trabalho assalariado no Brasil (Almeida, 2018).

alguns entrevistados apontaram comportamentos destrutivos como “atitudes abusivas, intimidantes, desrespeitosas e ameaçadoras entre os membros da equipe” (p. 5).

O estudo realizado por Neto *et al.* (2016) também apontou o excesso de demanda, especificamente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde a pesquisa foi realizada, com especial sobrecarga na equipe de enfermagem. Além disso, também foi ressaltado a falta de comunicação entre os profissionais. Esse ponto, já mencionado em diversos estudos, se agrava quando se trata de UTI, dado que a própria estrutura da unidade torna a comunicação menos aberta e clara pelos ruídos, alarmes, a própria demanda que promove o alarde a todo momento, entre outras diversas características únicas que somente a UTI possui.

Para além de toda dificuldade estrutural da unidade, quando não há promoção da comunicação, a dinâmica entre os profissionais se torna cada vez mais falha, sendo considerada a principal causa de acidentes em todos os espaços de cuidado, mas podendo trazer mais danos graves em uma UTI. A falta de capacitação dos profissionais também foi pontuada como problema importante que dificulta o trabalho em equipe, ressaltando que a própria formação acadêmica não contribui para a atuação efetivamente em equipe (Neto *et al.* 2016).

Cardoso e Hennington (2011) também trazem como fator limitante para o trabalho em equipe a fragmentação e as relações assimétricas. Apontam que essas características são obstáculos para a integralidade. Além disso, apontam que, principalmente no CTI, há um movimento de desvalorização e desinformação sobre as outras categorias profissionais que não são médicos, enfermeiros ou fisioterapeutas. Na enfermaria, essa dinâmica se mostrou mais suavizada, com as reuniões multiprofissionais sendo integradas por outras categorias, como nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e etc. No entanto, os autores ressaltam que mesmo com maior integração do que no CTI, ainda houve predominância de hierarquia, onde o médico tem o poder de decisão final e os outros profissionais ocupavam um lugar de subordinação. Dessa forma, apontam que o médico conduzia as reuniões e predominava a impressão de que o espaço dos outros profissionais só existia por determinação do mesmo.

Noce *et al.* (2020) também corroboram com esta indicação, apontando que apesar da convivência ser maior entre os profissionais dentro de uma UTI, isso não significa que o trabalho seja articulado. Pelo contrário, por ser uma unidade de pacientes graves, há de forma recorrente o lidar com os familiares que estão em sofrimento, por vezes os pacientes estão correndo risco de vida e conseqüentemente, lidar com a questão da morte que se torna algo rotineiro, e diante disso tudo e muito mais, a vivência profissional na UTI pode acarretar a

sobrecargas físicas/psicológicas, transformando-se em obstáculos para o relacionamento entre os profissionais. Mesmo que os trabalhadores sejam altamente qualificados em suas áreas, a dificuldade de trocas/ compartilhamento com os colegas e de construir em conjunto um projeto terapêutico, são questões que estão para além da eficiência técnica e são igualmente fundamentais.

Um dispositivo que deveria promover o trabalho em equipe interdisciplinar e que foi mencionado em 3 artigos selecionados é o Round Multiprofissional. O round é um dispositivo que apareceu de forma recorrente nos artigos selecionados e, por conta disto, aparecerá mais vezes ao longo deste bloco, tanto a partir de experiências não tão efetivas, quanto em experiências acertadas. Em contrapartida ao apresentado até o momento sobre este dispositivo, dois estudos apresentaram boas experiências, que serão apresentadas no próximo subtópico “Potencialidades do trabalho em equipe interdisciplinar no hospital”.

A experiência não tão bem sucedida será tratada aqui, dado que as causas para seus problemas são questões já trabalhadas neste subtópico e que influenciam sobremaneira até quando a iniciativa é de integração, demonstrando que não basta a iniciativa, é necessário que todos os envolvidos estejam dispostos para sua consecução. Dessa forma, Cardoso e Hannington (2011) tratam em sua pesquisa sobre como os trabalhadores lidam com as relações interprofissionais dentro do contexto hospitalar, utilizando, para tanto, a observação participante e as entrevistas semiestruturadas. Os autores chamam a atenção para a reunião multiprofissional denominada de Round, o qual acontecia *apesar* da presença das outras especialidades além da medicina, por vezes estes outros profissionais precisavam fazer movimento de inserção. Foram relatadas críticas dos profissionais entrevistados apontando que as reuniões eram centralizadas nas questões médicas de diagnóstico e tratamento.

Assim, para pensar em integração, a gestão é necessariamente o ponto de partida, dado que, é a partir do modelo de gestão que preconiza a democratização dos processos de trabalho, além de coletivização das decisões práticas, que espaços compartilhados como os rounds se tornem rotina no hospital. Cardoso e Hannington (2011, p. 100) ressaltam claramente: “atenção e gestão são indissociáveis”. Entendendo isso, é a partir desta correlação que a instituição hospitalar promove a corresponsabilidade e protagonismo no processo de cuidado e gestão.

Em relação a gestão, Miranda, Rivera e Artmann (2012), baseando-se na leitura de Habermas (1987), ressaltam que a gestão é ponto fundamental para a promoção da comunicação

e o reconhecimento entre os profissionais de uma equipe quando se trata de uma gestão estratégica, e apontam funções específicas para esta:

(...) reforço da capacidade explícita de fixação de prioridades de ação e investimentos; avaliação constante do custo-efetividade das aplicações de recursos, em detrimento da barganha indiscriminada; visão do ambiente como recurso ou do outro como colaborador; criação de transversalidades de saberes e ações e comunicação entre profissionais; maior relacionamento entre gestores e operadores; ênfase na negociação e fortalecimento do sentido de bem coletivo da atividade (Miranda, Rivera e Artmann, 2012, p. 12).

O modelo biomédico, que corrobora relações hierarquizadas e desiguais, representa um grande obstáculo para o efetivo trabalho em equipe, principalmente por estar enraizado na lógica de gestão dos serviços. Isso se dá, na prática, no aparente lugar de periferia que os outros profissionais ocupam em relação ao médico. Mesmo que este estudo seja de 2011 (Cardoso e Hannington, 2011) e muitos dispositivos, como serão elaborados no próximo subtópico, foram criados e as relações estão um pouco mais horizontais, são debates que ainda estão vivos e incrustados na realidade de muitos serviços de saúde, assim como na formação fragmentária dos profissionais da área.

Miranda, Rivera e Artmann (2012) defendem que se trata de uma luta constante a busca por reconhecimento e valorização dos profissionais, entretanto, esta luta se caracteriza como extremamente “desestabilizadora” para a equipe como um todo, tendo como consequência a possibilidade de “inviabilizar a capacidade de trabalho” (p. 11). Este dado se relaciona diretamente com o desconhecimento e distanciamento com o saber-fazer do outro, com forte resistência do modelo biomédico fragmentário (Neto *et al.*, 2016; Cardoso e Hennington, 2011; Miranda, Rivera e Artmann, 2012).

Ainda há um aspecto fundamental que os autores Miranda, Rivera e Artmann (201) ressaltam: o reconhecimento da equipe em relação ao serviço que trabalham, o qual inclui tanto a dinâmica/processo de trabalho, quanto a perspectiva jurídica e relacional. Apontam a esfera do direito, da remuneração, do reconhecimento enquanto valor de trabalho, questões que se conectam com a sensação de igualdade em relação a outras categorias, ou seja, diz respeito ao sentimento de pertencimento e de participação nas tomadas de decisão. Dessa forma, as autoras reforçam: “a regulação do trabalho e dos direitos dos trabalhadores deve permiti-lo ter reconhecida a autonomia necessária ao exercício do trabalho (o reconhecimento é intrínseco à regulação), o que proporcionaria à equipe o autorrespeito (p. 13)”.

Já Lemos e Lenardt (2014) chamam a atenção para a estrutura física do hospital influenciando na interação dos profissionais. Referenciam Foucault (1979) ao apontarem o processo de disciplinarização do hospital dividindo o espaço de acordo com funções e atividades. Esta limitação e delimitação de espaços hegemônicos contribui para as “fragmentações, oposições, funcionalidades e significações” (p. 81), determinando a separação do que é interno ao hospital, seja para os profissionais, seja para os que são atendidos, e o lado externo. Esta divisão tomada às últimas consequências, dificulta a constituição de vínculos entre os profissionais, dado que levando para o lado estritamente técnico do trabalho, perde-se o lado humano, subjetivo e de identificações.

Além da limitação concreta do espaço hospitalar, Noce *et al.* (2020) ressaltam a limitação da própria organização do trabalho. No estudo realizado pelos autores em uma UTI identificaram que os processos de trabalho são altamente fragmentados, contando com tarefas e atividades específicas para cada profissional, reforçando a divisão do trabalho e desestimulando as ações integrais. Apontam que há aspectos positivos e negativos nessa dinâmica: enquanto negativos revelam a “rigidez na rotina de trabalho” (p. 4) tornando-a “mecânica e repetitiva”, promove a sobrecarga, principalmente quando a equipe é reduzida e diminui o tempo para discussões de casos, dado que cada um faz no próprio horário e tempo. Enquanto aspectos positivos, os entrevistados salientam que apesar dessa dinâmica, há articulação entre os profissionais, além do número reduzido de pacientes também contribuir para a interação.

Os autores (Noce *et al.*, 2020) relacionam, a partir de dados da literatura, esta forma de organização como consequência da hierarquização ainda forte, como apresentado anteriormente. Apontam ainda, que a dificuldade de articulação e integração entre os profissionais possam estar relacionados com a ausência de incentivo por parte da gestão, na falha de propor e colocar em prática democraticamente dispositivos/reflexões/novos processos de trabalho, dado que foi visto em outros estudos selecionados na presente pesquisa.

Vale ressaltar que o hospital se configura em diversos setores e em cada um há uma dinâmica e vivência diferente. Na presente pesquisa não houve uma delimitação de setor e o interesse é apreender o maior número de vivências dentro do contexto hospitalar, dentro dos limites da pesquisa, independente do setor, visto que há questões problemáticas que atravessam os profissionais não importando que setor ele ocupa. Pelo fato único de trabalhar em um hospital, já se corre o risco de ser atravessado por qualquer uma das questões apresentadas. Ou seja, trata-se, portanto, de uma instituição que tem uma base histórica e estrutural de

características que produz e, ao mesmo tempo, atravessa o trabalho em saúde. Dessa forma, nenhum setor escapa dessa conjuntura, dado que existem dentro de uma instituição hospitalar e, por esta razão, não houve critérios de exclusão de nenhum setor. Entretanto, cada setor comporta sua especificidade e formas diferentes de funcionamento, como ficou claro em alguns estudos a diferença emblemática de interação dos profissionais entre uma enfermaria e um CTI.

Dito isto, apenas dois artigos selecionados dos autores Silva e Ramos (2014) e de Coifam *et al.* (2021) trataram do Serviço de Emergência Hospitalar e, apesar de compartilhar atravessamentos com outros setores apresentados, compõem particularidades que são interessantes de destacar separadamente. Na unidade estudada pelos autores, também há demanda excessiva levando a dificuldades de integração entre os profissionais, mas o diferencial é que ocorre a todo tempo.

Um dos entrevistados chega a descrever como “um empilhamento de pacientes” e aponta como causa principalmente a falta de gestão, a qual não consegue construir uma dinâmica que desafogue a porta de entrada. Além disso, essa superlotação da emergência se dá, por vezes, do não funcionalmente eficaz da atenção básica - que deveria ser a principal porta de entrada da população -, e a emergência acaba reproduzindo a função que deveria ser da atenção primária. Descrevem: “incapacidade dos níveis de atenção primária e secundária de darem conta das demandas que lhe são pertinentes; descontinuidade das linhas de cuidado; políticas não efetivas; déficits estruturais de saúde” (Silva e Ramos, 2014, p. 8).

No que tange à comunicação entre os profissionais, Coifman *et al.* (2021) apontam a superlotação dos hospitais com organização de atendimento sem padronização gerando sobrecarga aos profissionais e assim, interferindo na comunicação. Esta falha produz impactos na passagem de plantão, no compartilhamento de informação, principalmente quando realizado por escrito e não digitalizado, pois promove a ilegibilidade, além de recorrentes repetições nas evoluções de prontuários. No estudo realizado pelos autores (Coifman *et al.*, 2021), foi identificado que a comunicação verbal oral acontecia sem uma padronização protocolar, acarretando na não uniformidade dos processos de trabalho e na pouca interação entre os profissionais. Em concordância com o exposto, Goulart *et al.* (2019) acrescentam que a falha na comunicação também prejudica na qualidade da assistência prestada, dado que o processo de trabalho em saúde é necessariamente interdependente e articulado, independente do setor.

Coifman *et al.* (2021) ressaltam que o relacionamento interprofissional é um dos aspectos fundamentais para reforçar a comunicação. No entanto, os autores relacionam o déficit

desse relacionamento à questão da hierarquia, identificando pior interação interprofissional com categorias diferentes. Enquanto causa da comunicação falha, os autores apontam as condições de trabalho, sobrecarga, falta de materiais adequados e excesso de demanda. Como dado interessante, nesta pesquisa os autores identificaram a fragilidade significativa da comunicação dos enfermeiros e médicos com os técnicos de enfermagem e apontam como fatores que dificultam a comunicação a desvalorização e o sentimento de inferioridade.

Somente o artigo dos autores Silva e Ramos (2014) levantou uma questão fundamental com maior profundidade: a formação. Os entrevistados ressaltaram: “distante dos cenários de práticas; incapaz de dar conta da demanda cotidiana e insuficiente no sentido de proporcionar uma visão interdisciplinar e/ou mais humanizada (p. 8)”. A unidade estudada tinha o diferencial de ser um hospital-escola, portanto, mesmo com dificuldades, se tratava de uma instituição que fomentava a qualificação. Além disso, também levantaram a falha de recursos, problema visto em muitos estudos apresentados na presente pesquisa. Entretanto, se trata aqui de além de recursos materiais, mas também no que tange a insuficiência de profissionais, dificuldade com a contrarreferência com outros serviços e em questões psíquicas, como: “no manejo de conflitos com outros profissionais” (p. 8). Ressaltam outra questão interessante: os entrevistados utilizam o termo “multiprofissional” para se referir à interdisciplinaridade, pontuando um problema conceitual ainda vigente já mencionado acima.

O estudo de Melo e Linardt (2014) consiste na interpretação das “(...) dimensões estruturais e simbólicas do espaço físico da copa, por meio das interações sociais entre os profissionais de uma equipe multiprofissional da Unidade de Trauma de um Hospital Universitário” (p. 2). O local estudado foi a copa do hospital e todos os benefícios de se ter um lugar de sociabilidade no serviço serão desdobrados no próximo subtópico que trata das potencialidades. No entanto, neste estudo, chamou a atenção de que como ter um desses espaços também pode ser motivo de tensão e caso de relações de poder.

Melo e Linardt (2014) perceberam que ter um espaço de sociabilidade fora das vistas dos dirigentes tornou-se um problema. Os gestores passaram a vê-la com preocupação, visto que dali poderia sair questionamentos e revoltas. Os autores apontam que este temor é próprio da estrutura hospitalar, onde tudo que foge da disciplina gera tensão. A partir disso, os momentos na copa foram limitados, passaram por “(...) vigilância dos frequentadores, a sanções leves para quem exagerou na maneira de utilizar a copa, e, geralmente recai sobre os profissionais de ensino médio” (p. 9).

Apoiados em Foucault (1979), Melo e Linardt (2014) desdobram sobre o espaço físico do hospital pautado em um “ordenamento” que define seus espaços a partir de funções, como uma forma de poder disciplinar. Estas divisões promovem a fragmentação do espaço hospitalar, bem como estipulam a divisão clara e, por vezes, impositivas do mundo externo e do mundo interno dos profissionais, evidenciando a hierarquia e os papéis sociais que cada um ocupa no ambiente hospitalar. Entretanto, quando se estabelece um local de sociabilidade, os envolvidos lutam contra a hegemonia hospitalar e seus discursos de poder e possibilita a inversão da lógica espacial fragmentada, gerando atravessamentos para a ordem hospitalar.

Além de todos os pontos fundamentais apresentados, podemos destacar mais um que Cardoso e Hennington (2011) e Coifman *et al.* (2021) apontam, visto que somente eles apontaram com maior profundidade o modelo biomédico como limitante para o trabalho em equipe. Vale ressaltar que os autores levantaram esta questão – amplamente discutida no bloco I – embasados pelas observações empíricas de seu estudo. Ressaltam: o modelo biomédico é um limitador para o trabalho em equipe, visto que favorece a fragmentação da atenção, o cuidado é voltado para a doença e procedimentos para curá-la, referem a figura do médico como central e os outros profissionais como periféricos a ele, indicando, de forma escancarada, a desigualdade no valor do trabalho.

Consideram que a influência do modelo biomédico nas práticas de saúde, na dinâmica hospitalar e, sobretudo, nas falas dos profissionais, ficou em evidência durante todo o processo de pesquisa no hospital estudado. Entretanto, mesmo que os profissionais estejam “acostumados” com este modelo, houve desconforto, o que ilumina a necessidade de construção de novas perspectivas acerca do trabalho em saúde: “uma perspectiva ético-política que guie as práticas de saúde na direção da integralidade e da humanização, por meio de ações integradas, resolutivas e que deem conta das dimensões biológicas, subjetivas e socioculturais no processo saúde-doença-cuidado” (Cardoso e Hennington, 2011, p. 23).

Dessa forma, encerrando este subtópico com a perspectiva dos autores Cardoso e Hennington (2011), entraremos no tema das potencialidades do trabalho em equipes interdisciplinares em saúde, entendendo que tais perspectivas devem estar sempre postas como um norte, um objetivo a ser seguido e ao mesmo tempo que nos oriente na busca pela integralidade possível.

6.2 Potencialidades do trabalho em equipes interdisciplinares em saúde

O presente subtópico dialoga com a questão de investigação que trata das potencialidades do trabalho em equipes interdisciplinares no hospital e com o objetivo específico número 4º (identificar os fatores que favorecem ou limitam o trabalho em equipes interdisciplinares). Seguindo a organização textual, a opção foi iniciar com o único artigo de revisão integrativa selecionado. Assim como pontuado no subtópico anterior, este subtópico não terá autores definidos, visto que todos os autores do Quadro II tratam tanto de limitações/atravessamentos, quanto de potencialidades, podendo aparecer em todos os subtópicos.

Alves *et al.* (2016) e Araújo Neto *et al.* (2016) tratam o trabalho em equipe dentro do contexto hospitalar como uma estratégia de enfrentamento da intensa especialização na área da saúde. Em seu aporte teórico selecionado, Alves *et al.* (2016) identificaram como aspectos positivos da dinâmica de equipes articuladas a “possibilidade de constituição de redes relacionais baseadas em respeito, autonomia e vínculo, a superação do processo de especialização” (p. 256) e as trocas entre os profissionais tendo como objetivo maior o cuidado integral.

As questões que mais apareceram na revisão de literatura realizada pelos autores (Alves *et al.*, 2016) como aspectos que facilitam o trabalho em equipe no hospital foram: 1) características individuais como: satisfação no trabalho, desejo de continuação no cargo, condições de exercer tanto a autonomia quanto o trabalho em equipe; 2) apontam também a importância de “um projeto institucional de trabalho”, o qual comporta objetivos em comum, a valorização dos profissionais, bem como seu reconhecimento e abertura para estabelecimento de vínculos e relações.

A colaboração é uma questão recorrente no estudo de Alves *et al.* (2016), por ser tratada como pilar para a extinção do trabalho parcelado e fragmentado. No entanto, para sua prática se faz necessário a ação conjunta da equipe, que envolve compartilhamento, reciprocidade e relações articuladas. Os autores ressaltam que a colaboração precisa ser construída, se trata de um processo e apontam estratégias para fortalecê-la: reuniões interdisciplinares, as quais possam funcionar como um lugar de reflexões e trocas acerca dos pacientes e das próprias relações interprofissionais, possibilitando chegar a conclusões e consensos sobre os planos terapêuticos dos pacientes, e para além disso, circular as tomadas de decisões para que sejam

coletivas e não unilaterais. Nas reuniões é possível trabalhar a comunicação, fator imprescindível para que o trabalho seja de fato em equipe articulada.

Araújo Neto *et al.* (2016) destacam a importância de que a equipe seja formada pelos diferentes profissionais da área da saúde, não somente a equipe enxuta (médico, enfermeiro e fisioterapia) e se todos executarem suas funções em uma perspectiva colaborativa, tem-se em vista um atendimento de qualidade significativamente elevado. Corroboram com a colocação dos autores Alves *et al.* (2016) sobre a colaboração, e ressaltam de que se trata de uma ética de cuidado, “(...) aproximando-se de práticas participativas e de relacionamentos pessoais mútuos e recíprocos entre os profissionais de saúde (p. 45).” A colaboração é, no entanto, uma condicionalidade do trabalho em equipe interdisciplinar. Os autores (Araújo Neto *et al.*, 2016) apontam algumas outras características fundamentais para que uma equipe atue através da perspectiva interdisciplinar:

(...) mais intercooperação, comprometimento, desenvolvimento da própria equipe (pares e liderança) com reuniões e outras atividades (foco relacional); mais valorização profissional, como salário, plano de carreira e reconhecimento; mais reuniões da equipe com as lideranças internas; melhorias da estrutura física, tendo espaço para reuniões, insumos e estrutura para atendimentos; melhor dimensionamento do trabalho para o número de profissionais e maior conhecimento sobre o trabalho em grupo (p. 46).

Tais características não se encontram somente no profissional indivíduo e sua capacidade de integrar com outros profissionais, mas também do contexto e condições de trabalho, de gestão, de estreitamento de vínculos profissionais entre lideranças e atendentes. Todas estas questões foram mencionadas no subtópico anterior como sendo atravessamentos importantes que limitam o trabalho em equipe quando estão em desordem ou quando são negligenciadas. Os mesmos aspectos podem tanto limitar, quanto serem potencializadores do trabalho em equipe interdisciplinar.

Assim como foi mencionado no subtópico anterior, a experiência do Round Multiprofissional possui estruturalmente o objetivo de melhorar a integração entre os profissionais e, diferente do explicitado anteriormente como um dispositivo que apresentou problemas significativos no estudo de Hennington, agora entraremos nas experiências exitosas deste dispositivo.

Backes e Azevedo (2017) caracterizam as reuniões como “arranjos organizacionais”, na qual são discutidas as linhas de ação/intervenção e compartilhamento do contexto coletivo de trabalho, e ressaltam a importância de acolher as diferenças entre as categorias, entendendo que cada perspectiva se trata de uma “dimensão intersubjetiva” do paciente. Os autores descrevem

os rounds como um momento de tomada de decisões que incide diretamente sobre o futuro do paciente na instituição e fora dela em relação à sua saúde e apontam que todas as decisões são descritas em um livro. No entanto, vale ressaltar novamente a limitação de profissionais que fazem parte do round estudado pelos autores: são mencionados somente médicos de rotina e os plantonistas do dia, chefia do setor, fisioterapeutas e “pontualmente” a enfermagem.

Dessa forma, no contexto específico do estudo de Backes e Azevedo (2017), que se trata de um CTI Pediátrico, apesar da equipe participante reduzida no momento do Round, os autores observaram a importância, principalmente para os médicos, como dispositivo de suporte de tomada de decisão e além disso, ressaltam que a reunião promove segurança para os outros profissionais envolvidos, pois compartilham sobre as condutas. Assim, as reuniões são vistas como forma de adesão dos profissionais enquanto equipe por trabalharem os vínculos.

Backes e Azevedo (2017) apontam que os “acordos e ajustes” como mecanismos que contribuem para a comunicação entre a equipe e para que tal mecanismo seja consensuado, necessita-se ter como base relações de confiança entre os profissionais. Dessa forma, tratam a confiança como elemento intersubjetivo essencial, sendo alicerce para o trabalho cooperativo que requer constante construção. Esta construção se pauta no cotidiano, no compartilhamento de vivências de trabalho comuns “individual e coletiva de articulação dos elementos técnicos estruturantes e de inventividade e espontaneidade que permitem que a confiança venha a emergir entre os profissionais da equipe” (p. 81).

Os autores identificaram que os momentos de urgência e emergência promovem maior cooperação e senso de interdependência, pautado principalmente na confiança. Em situações limites, se não houver coordenação entre a equipe, há grande probabilidade de ocorrer danos ao paciente em risco. Ressaltam, ainda, a alternância entre modos de funcionamento da equipe estudada, mencionado como possibilidade no Bloco I: ora a equipe se comportava como agrupamento, ora como integração. Ou seja, há momentos em que a fragmentação de atuação dos profissionais prevalece, e há momento em que a equipe apresenta “processos cooperativos, ajustes, acordos internos” (p. 83), trazendo a dimensão complexa, contraditória e diversa do processo de trabalho em saúde e seus impactos na forma de cuidar.

A outra experiência exitosa do dispositivo do Round foi dos autores Guzinski *et al.* (2019). Trata-se de uma unidade cirúrgica de ortopedia em um hospital e o objetivo do estudo é justamente relatar a experiência do Round Interdisciplinar na unidade. Os autores relatam que anteriormente à implementação do Round, havia uma discussão exclusivamente médica à beira

leito somente entre os preceptores e residentes da cirurgia ortopédica. No entanto, constatou-se que esta reunião não produzia resultados eficientes, principalmente pelo fato de que, na unidade específica, os pacientes por vezes agravavam necessitando de um cuidado mais intensivo, além de surgirem muitas questões da própria internação e elementos socioculturais e subjetivos no que tange ao processo saúde-doença. Diante destas problemáticas, percebeu-se a necessidade da construção do Round Interdisciplinar, contando com a ampliação das perspectivas em relação ao paciente.

Dessa forma, foram inseridas outras categorias profissionais abrangendo a construção e debate do caso clínico. Os autores ressaltam que durante o round, todos os profissionais envolvidos tiveram seu tempo de fala, com conforto para emitir opiniões e assim, definir decisões e condutas de acordo com a singularidade dos casos. Como resultado, foi observado que o round proporcionou maior compartilhamento de informações e experiências, promovendo a prática participativa. Vale ressaltar que o round só é resolutivo se houver uma comunicação efetiva circulante. Além disso, o round eficiente contribuiu na “comunicação entre os membros da equipe, paciente e família, aprimorando a qualidade da assistência, reduzindo riscos e falhas, garantindo um cuidado mais seguro ao paciente” (Guzinski *et al.*, 2019, p. 5).

Outra questão interessante identificada neste estudo é que as altas hospitalares também passaram a considerar a questão social dos pacientes, visto que, pacientes de pós cirurgia ortopédica por vezes necessitam de equipamentos de uso domiciliar para continuidade do tratamento, como muletas, andador, entre outros. Dessa forma, a equipe poderia planejar a alta com maior cuidado pensando no pós-alta também. Apontam, inclusive, que a reunião se estende aos grupos de WhatsApp para incluir os profissionais que não estavam no round, fazendo circular informações importantes referente aos casos. Assim, é possível perceber o quanto todos os saberes e perspectivas são fundamentais para o cuidado integral (Guzinski *et al.*, 2019).

Ainda sobre reuniões, os autores Miranda, Rivera e Artmann (2012), baseados no autor Winnicot (1975), trazem o conceito de “espaço transicional”, o qual na infância, as crianças constroem relações afetivas com objetos, se tornando, mais à frente, intermediário entre o mundo interno e externo da criança. Este domínio intermediário se trata do espaço transicional. Baseados nesta perspectiva, os autores fazem um paralelo com o trabalho em equipes interdisciplinares como um “(...) espaço para o reconhecimento intersubjetivo e, conseqüentemente, para a ação criativa e colaborativa” (p. 7). Para concretizar esta relação, os autores exemplificam como sendo na prática as reuniões - que aqui não são chamadas de

Rounds - e atividades de discussão de casos ou até mesmo a construção de casos clínicos. Nestes momentos, é possível o compartilhamento de experiências próprias sobre os casos em pauta, e em uma troca, podem analisar as percepções que cada um teve sobre o mesmo caso. Descrevem:

Nota-se que, nesse momento, a equipe habita um espaço paradoxal em que não está atendendo diretamente aos pacientes, mas concomitantemente, está em contato com conhecimentos objetivos e impressões subjetivas que advêm das relações previamente estabelecidas com eles, dentro de um contexto normativo próprio (p. 17).

Um outro dispositivo que apresentou bons resultados foi a interconsulta. Os autores Bortagarai *et al.* (2015) realizaram um estudo em um programa de intervenção precoce na clínica infantil com o objetivo de analisar o uso deste dispositivo como “estratégia interdisciplinar” realizado com um grupo de profissionais abrangente, visto que contou com categorias além das médicas, enfermagem e fisioterapia, contou também com fonoaudiólogos, psicólogos e terapeuta ocupacional.

Inicialmente, a interconsulta acontecia somente na área médica, e tratava-se da presença solicitada de um profissional da saúde em um serviço pelo médico atendente do caso em específico, visando opiniões distintas sobre o caso. Atualmente, este dispositivo é utilizado por equipes interdisciplinares, como “(...) um dos campos de inter-relação entre os saberes técnicos” participantes do cuidado do paciente (Bortagarai *et al.*, 2015, p. 394).

Os autores (Bortagarai *et al.*, 2015) resgatam o histórico deste dispositivo encontrando na busca em literatura que, na realidade, o termo “interconsulta” derivou da interdisciplinaridade e passou a ter maior aprofundamento nos anos 80 quando começaram a incluir leitos psiquiátricos em hospitais gerais. O objetivo era incluir outras áreas da medicina no cuidado dos pacientes psiquiátricos, “instrumentalizar os médicos não psiquiatras a reconhecer e tratar” (p. 394) diagnósticos psiquiátricos, assim, contribuindo para o cuidado de pacientes com diagnóstico psiquiátrico, mas que também continham comorbidades. Assim, a interconsulta se dimensionou incluindo outras áreas, partindo da psiquiatria para o hospital geral.

No serviço em que o estudo de Bortagarai *et al.*, 2015) foi realizado, viu-se que a interconsulta tem como benefícios “a ampliação de conhecimentos profissionais”, no caso, um profissional aprendendo com o outro, “maior amparo e menor solidão para pensar nos casos, maior resolutividade das demandas e mais recursos para ajudar a família a ampliar o olhar...” (p.397). Apontam que, especificamente, neste grupo estudado, não foi percebido supervalorização dos saberes, competição entre os profissionais e dificuldade de “abrir mão da onipotência profissional”. Pelo contrário, viu-se que diante de casos complexos e de difícil

manejo, os profissionais utilizaram do dispositivo da interconsulta, buscando mais profissionais para ajudar na construção do caso. Os autores descrevem a interconsulta: “o desejo de construir um novo saber que vai além do profissional e de qualquer disciplina”. Ou seja, se trata da produção de um novo saber que convoca os profissionais a construir um cuidado mais resolutivo e eficaz.

Assim, são nesses dispositivos que a interdisciplinaridade encontra caminhos dentro do disciplinar, dentro das limitações que a própria dinâmica do trabalho em saúde coloca. Neste caso específico, os autores (Bortagarai, *et al.*, 2015) visam um futuro possível quando a equipe trabalha a partir da interdisciplinaridade:

(...) no caso do grupo de intervenção precoce, sustentada na relação transferencial com o terapeuta, aponta um caminho de produção epistemológica denominada transdisciplinar para anunciar o percurso a que pode chegar uma equipe interdisciplinar, que implica articular conceitos transversais a todas as disciplinas. Certamente algo a ser perseguido pelas equipes interdisciplinares (p. 398).

A interconsulta também promove o compartilhamento da responsabilidade dos casos, levando a facilitação da relação profissional-paciente e profissional-profissional. Por fim, os autores ressaltaram que a interconsulta realizada por equipe interdisciplinar se apresenta como uma estratégia eficaz e apontam como necessário para sua realização que a equipe participante “assumam uma postura interdisciplinar e valorizem o papel de cada integrante (...)” (Bortagarai *et al.*, 2015, p. 398).

Nos estudos de Coifman *et al.* (2021) realizado em um Serviço Hospitalar de Emergência, os autores identificaram fatores internos que interferem de forma positiva a comunicação entre os profissionais em uma emergência. Foi visto que, neste serviço em específico, as informações passadas de forma objetiva e mais completa possível ocasionou maior compartilhamento das condutas decididas e possibilidade de continuação destas. Os entrevistados revelam que quando a informação é passada de forma clara e diretiva, afeta diretamente no bom atendimento ao paciente, além da continuidade do cuidado, também promove maior segurança ao profissional que está exercendo o cuidado. Este serviço estudado conta com um ‘Núcleo Interno de Segurança’, a qual pratica campanhas de maneira pontual orientando os profissionais acerca das medidas de segurança que precisam estar presentes diariamente, e sobretudo, enfatizam que a comunicação entre profissionais é fundamental para a condução efetiva dos casos.

Os autores Goulart *et al.* (2019) se pautam no conceito de relações interpessoais derivado da interprofissionalidade de D’Amour (2005), consistindo em uma ferramenta que

visa a superação da fragmentariedade da dinâmica de trabalho no hospital, tendo em vista a "prática coesa entre os distintos profissionais". Além disso, tem-se em vista, através da interprofissionalidade, a reconstrução de "valores e processos de trabalho e requer adequada interação entre gestores e agentes" (p. 2). Estas definições de interprofissionalidade poderiam estar em outros subtópicos, no entanto, ocorre que, neste artigo em específico, foi apresentada como uma estratégia e coincidentemente, se traduz de forma bastante aproximada do que os outros autores mencionaram sobre a interdisciplinaridade. Dessa forma, mais uma vez, evidencia-se questões de conceituação a se pensar.

O estudo dos autores (Goulart *et al.*, 2019) supracitados foi realizado em uma unidade coronariana e teve como objetivo identificar os fatores que limitam e os que facilitam o trabalho em equipe, a partir desta concepção acima mencionada de relacionamento interprofissional. Portanto, enquanto fatores que facilitam, o que mais chamou a atenção dos autores foi a colaboração enquanto "instrumento não material do processo de trabalho" (p. 6). Foi visto que, para de fato ocorrer um trabalho em equipe efetivo, têm-se necessariamente de haver relações estabelecidas entre os profissionais, gestores e pacientes e estas relações são facilitadas "quando a interação entre os agentes favorece a colaboração e as trocas interprofissionais" (p.6). A comunicação também foi identificada como fundamental para o trabalho em equipe, corroborando com Backes e Azevedo (2017), no que tange a efetiva comunicação entre os profissionais promover maior qualidade na assistência, compartilhamento e estabelecimento de consensos e negociações.

O estudo de Lemos *et al.* (2019) também demonstra a importância da comunicação efetiva da equipe. Trata-se de um relato de experiência sobre a atuação da equipe na comunicação efetiva e no cuidado seguro de pacientes com Dispositivo de Assistência Ventricular (DAV), realizado em um hospital universitário. A assistência iniciou em 2017 e contou com capacitação dos profissionais, criação de protocolos assistenciais, bem como momentos dialógicos e educativos para os pacientes e seus cuidadores. Além disso, foi instituída visitas domiciliares para preparação da alta hospitalar e estruturação de manejos em situação de emergência.

Assim como no estudo de Guzinski *et al.* (2019) no que tange a necessidade do cuidado integral na assistência ortopédica, nesta experiência da assistência aos pacientes com DAV (Lemos *et al.*, 2019), também viu-se a necessidade do cuidado amplo, o qual envolve diretamente questões clínicas e psicossociais, além da fundamental inserção do familiar/cuidador no processo de internação-alta hospitalar, visto que o cuidado com o

dispositivo e com o local de sua inserção traduz na evitação de possíveis infecções, além de maior vida útil do equipamento, entre outros cuidados específicos deste dispositivo. Assim, foi observado que a comunicação efetiva entre os profissionais e com os pacientes e seus cuidadores é imprescindível para evitar complicações e com isso, alcançar os resultados esperados.

Os autores Noce *et al.* (2020) corroboram com a importância da comunicação interpessoal mencionada anteriormente. Realizaram uma pesquisa descritiva, de caráter qualitativo para identificar as percepções dos profissionais de uma UTI no que tange o trabalho em equipe. Para os entrevistados, o trabalho efetivo e adequado só se realiza sendo pautado no relacionamento interpessoal, baseado na “comunicação, colaboração, cooperação, união, respeito e ajuda mútua” (p. 4). Apontaram também como facilitadores do trabalho em equipe a perspectiva coletiva e uma formação adequada aos profissionais.

Os entrevistados da pesquisa (Noce *et al.*, 2020) ressaltam também a flutuação de modos de funcionamento da equipe: momentos de maior integração e momentos de menor, evidenciando o “caráter dialético do trabalho e a complexidade que o envolve” (p. 4), no que tange o processo de trabalho em saúde. Além disso, mencionam a formação e qualificação como facilitador do trabalho em equipe, podendo ser movimentos fundamentais para a melhora das práticas em saúde e da assistência prestada.

O estudo de Melo e Linardt (2014) consiste na interpretação das “(...) dimensões estruturais e simbólicas do espaço físico da copa, por meio das interações sociais entre os profissionais de uma equipe multiprofissional da Unidade de Trauma de um Hospital Universitário” (p. 2). Através da observação participante e entrevistas, os autores identificaram a importância de existir espaços físicos dedicados à sociabilidade dos profissionais, tendo efeitos benéficos para o processo de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador.

No caso específico do estudo, no qual o lugar estudado foi a copa, viu-se que a sociabilidade que nela ocorre conta com algumas funções: trata-se de um momento de lazer, visto que, mesmo em pouco tempo, é a hora em que há a possibilidade de “desvinculação” do papel de profissional, aproximando-se do aspecto pessoal que se encontra do lado de fora do serviço. Os autores ressaltam que, para estar na copa, a desvinculação da postura profissional era “pré-requisito” para que a sociabilidade acontecesse. Acontecia, portanto, um movimento que “contrariasse” a lógica hospitalar (hierarquizado, disciplinado e com fortes relações de poder).

Dessa forma, a sala do café permitia a convivência entre a equipe, compartilhamento de vivências pessoais, além do próprio processo de trabalho e suas vicissitudes, promovendo um “sentido de coletividade” e com isso, seus efeitos eram ampliados ao lado de fora. Os autores definem esse lugar como “(...) a copa e as interações sociais lá engendradas favoreciam a própria ressignificação da experiência de ser trabalhador em saúde, por meio, principalmente, do resgate de dimensões mais humanas e personalizadas das relações sociais” (p. 11), resistindo a estrutura espacial homogênea e fragmentária hospitalar.

Os autores Moreira *et al.* (2019) realizaram um estudo para descrever e analisar estratégias de comunicação interprofissional em um hospital público e para isso, os participantes da pesquisa precisaram sugerir estratégias para lidar com condutas negativas identificadas, como desrespeito, ameaças, atitudes abusivas e intimidantes. Dessa forma, as sugestões foram organizadas em duas categorias de análise: 1) “Reuniões para a equipe com o diálogo aberto, avaliação de desempenho e feedback”, definida como a conscientização da equipe da importância das reuniões, visto que nelas há espaço para diálogo, trocas e feedback; e a 2) “Exercício da liderança com ênfase no suporte individual, treinamentos, reconhecimentos e respeito mútuos”, sendo a constituição de uma liderança que apoie e dê suporte para os profissionais enquanto indivíduos, bem como para o grupo, tendo como norte o “reconhecimento e o respeito mútuo nas relações interprofissionais” (p. 5).

Os entrevistados ressaltam que as reuniões deveriam ser para toda a equipe, sem separação entre as categorias com o objetivo de abertura para questionamentos e pontuações referentes aos casos para que seja coletivamente resolvido e discutido. Apontam a importância do feedback da coordenação, indicando possibilidades de melhoramento das situações conflituosas. Assim, não somente os profissionais são envolvidos na mudança da dinâmica no ambiente de trabalho, mas também os gestores e a instituição como um todo através da comunicação (Moreira *et al.*, 2019).

Além disso, os autores (Moreira *et al.*, 2019) indicam como outra estratégia, o processo educativo direcionado para os profissionais se comunicarem melhor, através das ações de educação permanente. Evidenciam que tais ações devem ser manejadas através de abordagens participativas e significativas, trazendo à tona o contexto em que são inseridos, bem como situações reais, favorecendo o reconhecimento das falhas na comunicação. O diálogo necessita ser estimulado dentro de qualquer situação, seja conflituosa ou não e este se dá através da “escuta qualificada, a compreensão da mensagem, o desenvolvimento da liderança, a união de todos os membros da equipe e a troca de informações para garantir uma assistência de

qualidade” (p. 6). Ressaltam que compreender a situação conflituosa, dando espaço para todos os envolvidos, até aqueles que apenas presenciaram, promove a possibilidade de adotar medidas conscientes e reduzir os danos causados pela dificuldade na comunicação.

O aspecto subjetivo se mostrou tão fundamental para o bom funcionamento de uma equipe de saúde quanto o aspecto concreto/objetivo. Os autores Wanderbroocke *et al.* (2018) demonstraram isso através das entrevistas realizadas com profissionais em um hospital de hematologia/oncologia pediátrica. Identificaram 4 elementos presentes de forma recorrente no discurso dos entrevistados: pertencimento, influência, integração e satisfação das necessidades e ligações emocionais compartilhadas.

O pertencimento ocorre quando os trabalhadores se sentem parte da equipe, respeitarem e verem a importância do outro para a configuração da equipe, além da disponibilidade de trabalhar com outras pessoas. Este sentimento se relaciona diretamente com a continuidade dos profissionais no serviço e na busca pela integração. Na fala dos autores Wanderbroocke *et al.*, (2018): “...pode-se supor que o pertencer a uma equipe afirma aspectos da identidade do profissional e de sua autoestima e, recursivamente, ampliam os aspectos valorizados nas relações profissionais e a realidade que buscam construir para si e para os demais” (p.7). Sentir-se parte de uma equipe também abre possibilidades para maior acolhimento de opiniões divergentes e negociações acerca de decisões assistenciais (Wanderbroocke *et al.*, 2018).

Enquanto segundo elemento, a influência se apresenta na importância do trabalho desenvolvido por cada profissional, o quanto cada decisão e ações influencia outros profissionais e os pacientes, bem como seus familiares. Esta influência promove a sensação de sentido em suas ações e importância que se tem na equipe. A integração e satisfação das necessidades foram sinalizadas nos discursos dos entrevistados através da sensação de importância dentro de uma equipe ao fazer o bem para seus pares e ser reconhecido por isso, resultando na valorização profissional e pessoal. Em relação às ligações emocionais compartilhadas, mais da metade dos entrevistados apontaram a valorização das relações interpessoais na equipe, ressaltando que a partir dessa relação mais profunda, fora do ambiente de trabalho, contribui para melhor convivência profissional.

6.3 Apostas para o trabalho em equipe interdisciplinar

Neste subtópico serão apresentadas as apostas para as equipes interdisciplinares no hospital através das perspectivas e vivências de alguns autores (Araújo Neto *et al.*, 2016; Alves *et al.*, 2017; Backes e Azevedo, 2017; Bortagarai *et al.*, 2015; Cardoso e Hennington, 2011; Coifman *et al.*, 2021; Goulart *et al.*, 2019; Guzinski *et al.*, 2019; Miranda, Rivera e Artmann, 2012; Noce *et al.*, 2020; Silva e Ramos, 2014; Wanderbroocke *et al.*, 2018). Pôde-se levantar algumas projeções futuras para facilitar a efetivação do trabalho em equipe integrado e interdisciplinar. O que temos em vista, mesmo diante de tantos atravessamentos, mas também de certezas de que o trabalho interdisciplinar pode trazer inúmeros benefícios para a dinâmica hospitalar?

Cardoso e Hennington (2011) apontam a Política Nacional de Humanização (PNH) como a reatualização do ponto de partida para pensar nas mudanças nas práticas assistenciais e, principalmente, na gestão. Reatualização, pois o ponto de partida primordial foi a criação do SUS, que já contempla em sua política, os princípios e diretrizes que orientam uma prática humanizada. Dessa forma, a PNH preconiza o trabalho em equipe, “o apoio à construção de redes cooperativas solidárias e comprometidas com a produção de saúde e de sujeito e coletivos implicados na rede SUS” (p. 91), promovendo diversos dispositivos que contribuem direta e indiretamente para o cuidado integral, como por exemplo “o acolhimento, clínica ampliada, valorização dos trabalhadores da saúde, formação de redes...” (p. 91).

Alves *et al.* (2017) ressaltam a necessidade de investir em estratégias que promovam a participação e protagonismo da equipe, mas valorizando a “singularidade, autoridade e competência” de cada profissional, permitindo o esvaziamento de condutas autoritárias. Dessa forma, “acredita-se no desafio e no potencial da construção coletiva” (p. 256)

Cardoso e Hennington (2011) evidenciam algumas pistas para que possamos alcançar o cuidado integral a partir do trabalho em equipe: ressaltam a necessidade de construção de equipes que compreendam a diversidade do cuidado e que tenham como horizonte a humanização; que o modelo de gestão passe por revisões e seja mais participativo e aberto a todos os profissionais e trabalhadores do serviço, promovendo a construção coletiva e aumentando “o grau da transversalização entre sujeitos” em que cada um possa se sentir importante e fundamental para o funcionamento do serviço, além da compreensão de que a responsabilidade é compartilhada e de todos. Nada disso acontece sem conflitos e debates, e

somente assim que mudanças reais podem acontecer, contando com o envolvimento e engajamentos de todos os envolvidos, saindo do papel de mais um trabalhador para agente de transformação

(...) dos processos de trabalho e das práticas de atenção à saúde, bem como resultar em reflexões, negociações e escolhas que caminham na direção da construção de um trabalho em equipe pautado em relações solidárias, democráticas e de corresponsabilidade entre os diferentes sujeitos envolvidos na produção de saúde (p. 24).

Goulart *et al.* (2019) evidenciam como resultado de sua pesquisa realizada em uma unidade coronariana, que os profissionais entrevistados entendem a eficácia do trabalho em equipe quando está pautado nos aspectos relacionais entre os profissionais, manifestando-se através do compartilhamento, trocas e comunicação. Além disso, também evidenciam a importância do modelo de gestão para mudanças efetivas no ambiente de trabalho. Apostam, a partir do estudo, que se o modelo de gestão for modificado de acordo com as demandas da unidade, tem-se a aposta de construção de relações mais “(...) dialógicas, colaborativas, com adequada interação dos agentes e apoio às dificuldades do outro como potencializadores para uma prática integrada e em equipe.” (p. 7) Indicam a necessidade de estudos futuros sobre como a gestão pode influenciar e interferir no processo de trabalho para promover dinâmicas mais integrais e compartilhadas. No entanto, podemos incluir: como a gestão também possui poder de influência no sentido contrário, ou seja, como ela pode influenciar processos de trabalho mais rígidos e fragmentados.

No serviço de emergência, os autores (Coifman *et al.*, 2021) destacaram como aposta para melhoria da comunicação entre os profissionais e suavização dos problemas encontrados (alta demanda, superlotação, sobrecarga dos profissionais, falta de padronização das condutas, falta de experiência dos trabalhadores e grandes dificuldades de comunicação) maior investimento do setor público em reformas da unidade, objetivando o aumento do número de leitos e reformulação dos centros cirúrgicos e dos leitos de enfermaria, enquanto aspectos que podem melhorar as condições de trabalho.

Além disso, os autores corroboram com Cardoso e Hennington (2011), pontuando a necessária transversalização das relações, e trazem em específico no serviço emergencial, - no entanto, serve para qualquer lugar que tenham uma equipe de saúde -, a necessidade da junção entre a aplicação do conhecimento técnico-científico de cada categoria junto à comunicação

entre os mesmos, exercendo a prática compartilhada “por meio da construção simétricas e lineares” (Coifman *et al.* p. 6).

Coifman *et al.* (2021) ressaltam a importância, enquanto horizonte, da aplicabilidade de estratégias “educacionais, psicológicas e organizacionais” (p. 6) visando a quebra das barreiras de comunicação entre a equipe. Defendem a capacitação e treinamento dos profissionais e a renovação do conceito de equipe, que saia da concepção fragmentária para a democrática, a qual promove a sensação de pertencimento/valorização/confiança de todos os envolvidos. E mais importante: a superação do modelo biomédico para a efetivação de um modelo assistencial que preconize o trabalho em equipe compartilhado em sua essência gestonária e estrutural.

Miranda, Rivera e Artmann (2012) apostam nas atividades de discussão de caso, entendendo que são nesses momentos que os conhecimentos e experiências disciplinares e individuais possam ser compartilhadas e analisadas sob diferentes olhares. Além disso, são nesses espaços em que se constroem “formação de consensos e negociação constante, sempre permeadas por conflitos e lutas e, cujo objetivo final é a possibilidade de o indivíduo reconhecer a si e ao outro como sujeitos autônomos e dependentes, capazes de cooperar e, também, necessitar!” (p. 18)

Goulart *et al.* (2019) também apostam em mudanças a partir do modelo de gestão. Ressaltam que, se o modelo de gestão for ajustado para a realidade do serviço, e aqui podemos considerar que a gestão deve analisar e usar como referências dispositivos experienciados, mas tendo como base o próprio serviço e suas demandas, pode-se vislumbrar um novo modo de trabalhar em equipe, “potencializando relações, dialógicas, colaborativas, com adequada interação dos agentes e apoio às dificuldades do outro como potencializadores para uma prática integrada em equipe” (p. 7). Ressaltam: somente o desejo e movimento dos profissionais não basta para transformações na dinâmica de trabalho, necessita-se, sobretudo, a gestão precisa estar inserida neste fazer.

Como aposta, em relação ao round interdisciplinar, os autores Guzinski *et al.* (2019) além de o indicarem como um dispositivo para incentivar os processos de comunicação e não ser mais centralizado no saber médico, propõem que, futuramente, possa-se pensar no round à beira do leito em conjunto com os familiares e pacientes, para trazer o paciente como protagonista do seu cuidado. Esta modalidade tem bastante semelhança com o Projeto

Terapêutico Singular (PTS)¹¹, dispositivo que não foi apresentado pelos artigos escolhidos, entretanto, encontra-se na cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH) e possui potencialidades para o cuidado integral (BRASIL, 2007).

Assim como Guzinski et al. (2019), Backes e Azevedo (2017) também ressaltam o *round* como uma aposta “(...) no partilhar as experiências de trabalho que uma construção coletiva do CTI se faz possível” (p. 9). Dessa forma, os autores identificam enquanto desafio, principalmente para a gestão, a construção de encontros, trocas e compartilhamentos frequentes como fundamento para que “(...) o grupo possa sonhar um futuro conjunto, recriar coletivamente a crença quanto à excelência e qualidade do serviço” (p. 9).

Noce *et al.* (2020) apontam como aposta a revisão curricular dos cursos da área da saúde, tendo como objetivo inserir e aprimorar os debates acerca do tema de trabalho em equipe, principalmente no âmbito hospitalar, para que os profissionais estejam mais preparados e abertos para a prática integral. Ressaltam que, para além das instituições de ensino estarem inseridas nas revisões curriculares, que os serviços/gestão também possam atuar e se responsabilizar pela capacitação profissional. Silva e Ramos (2014) corroboram com um reposicionamento na formação dos profissionais.

Silva e Ramos (2014) trazem para o debate o problema conceitual dos termos multiprofissional e interdisciplinar. Em entrevistas com profissionais de saúde ficou evidente a confusão conceitual posta. Alguns tratavam “multiprofissional integrado” como alusão a interdisciplinaridade. Não se trata somente de uma troca, ocorre que “o capital simbólico da atenção integral à saúde, o qual se inscreve no registro interdisciplinar, não é mais transmitido efetivamente quando se dissemina de forma travestida no âmbito da linguagem” (p. 708). Ou seja, trata-se de uma descaracterização de toda a potência da interdisciplinaridade. Dessa forma, os autores apostam em estudos que versam sobre a “apropriação subjetiva de práticas interdisciplinares e de comunicação”, visto a necessidade de promoção de reflexões interdisciplinares e críticas acerca dos processos de trabalho em saúde.

O trabalho em equipe é de construção e leva tempo, esforço e dedicação e mesmo assim, está sujeito a não funcionar de forma integrada, visto que muitos outros aspectos perpassam sua dinâmica. Entretanto, Wanderbroocke *et al.* (2018) sinalizam, baseados em sua pesquisa, que

¹¹ O PTS é um dispositivo que tem como objetivo organizar e sistematizar o cuidado entre a equipe de saúde e o paciente. Considerando sua singularidade, identifica-se as necessidades de saúde, o diagnóstico e o plano de cuidados, incentivando a autonomia e protagonismo do paciente em relação ao próprio tratamento. O PTS promove a co-responsabilização tanto dos profissionais que participam do cuidado quanto do paciente (BRASIL,2007).

proporcionar condições para que os profissionais se percebem pertencentes a algo, “(...) construir para a constituição de identidade profissional, elevar a autoestima, satisfazer necessidades e possibilitar a construção de sentido de vida (...)” é, portanto “promover a saúde do trabalhador” e, conseqüentemente, o trabalho em equipe. Dessa forma, os autores indicam que os olhos se voltam para a educação em saúde, não somente no aspecto técnico, mas que esteja à vista a dimensão subjetiva que implica a reflexão das relações de trabalho. A partir disto, que os profissionais possam encontrar espaço e abertura para assumirem uma postura interdisciplinar, valorizando a função de cada integrante da equipe e acima de tudo, entender que o cuidado é integral (Bortagarai *et al.*, 2015).

Por fim, Araújo Neto *et al.* (2016) ressalta a importância da formação dos profissionais como fundamental para instrumentalizar não somente o conhecimento técnico, como também para trabalhar o relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho, pautado no respeito, na superação das relações de poder, no entendimento das funções de cada profissional e valorização destes, e poder apostar em estratégias que viabilizem e enriqueçam a comunicação. Noce *et al.* (2020) apostam na revisão curricular dos cursos da área da saúde, objetivando a inserção e implementação das discussões sobre o trabalho em equipe e assim, alcançar condutas mais integrais.

6.4 Considerações parciais do Bloco II

Com o Bloco II objetivou-se analisar experiências, através de pesquisas qualitativas que contavam com categorias de casos/relatos de experiência, utilizando técnicas de pesquisa de observação participante, entrevistas e grupos focais. Foram selecionados 16 artigos que tratavam de atravessamentos, enquanto limitações e obstáculos enfrentados pelos profissionais da saúde para a realização de um trabalho em equipe interdisciplinar, e também, que apresentaram experiências efetivas tendo a perspectiva interdisciplinar como norte.

Diante deste cenário, levando em consideração somente o contexto destes 16 artigos e não tendo a intenção de esgotar a temática, foram identificados enquanto atravessamentos diversas questões relevantes e recorrentes no trabalho em saúde no hospital: a conformação das equipes de parte dos artigos se reduziu à medicina e enfermagem, indicando uma baixa abertura para outras categorias se inserirem no contexto hospitalar dentro dos artigos analisados. Já com este dado, é possível refletir sobre o distanciamento da realidade prática dos hospitais com a realidade pretendida com a criação do SUS e suas políticas ao promover e essencializar o cuidado integral.

Também foi possível identificar que, de forma recorrente, senão em sua maioria dos artigos pesquisados, a falta de comunicação e colaboração tratam-se de obstáculos principais para que o trabalho em equipe ocorra de forma integral e efetiva. Em cada estudo, realizado em setores e de áreas hospitalares diferenciados, este problema aparece justificado por inúmeros motivos. Seja pelo excesso de demanda, sobrecarga de trabalho, estrutura do CTI, com muitos ruídos, alarmes; falta de capacitação e formação falha dos profissionais; desvalorização de profissionais não-médicos e desinformação sobre o trabalho e funções dos pares; gestão não participativa ou que não promove ações interdisciplinares; intensa hierarquia, principalmente do médico com todas as outras categorias. Hierarquia que perpassa diretamente a autoridade, a qual, inclusive, é intensificada e aplaudida socialmente através da continuidade quase intacta do modelo biomédico que segue vigente nas instituições hospitalares.

No entanto, vale ressaltar e retomar que, mesmo tendo fundamental importância identificar e denunciar problemas da instituição hospitalar, na maioria dos casos os artigos trouxeram questões específicas de cada unidade, sem levar em consideração outras dimensões da organização do sistema de saúde, políticas públicas e a dinâmica do trabalho no contexto atual. Principalmente se tratando da ausência do debate das condições de trabalho dos

profissionais e o quanto isto atravessa diretamente a qualidade e a disposição ao trabalho. A própria exploração do trabalhador da saúde, inclusive sua intensificação na pandemia, é um fator que envolve toda a dinâmica de reprodução do capital em que o trabalhador da saúde não se reconhece. Houve o desejo de ampliar o debate para lugares mais profundos e, como dizia Frigotto, pouco explorado pela categoria da saúde, no entanto, o tempo para realização da dissertação é curto.

Já tratando-se das potencialidades, as razões para sustentar o trabalho interdisciplinar e o quanto pode-se oferecer à dinâmica de trabalho se perdem de vista. Está mais do que sabido que o trabalho integral, ou melhor, o integral possível, é um dos pilares do SUS e seu modelo assistencial. Diante desta certeza e mesmo com tantos atravessamentos, ações foram possíveis e resultaram em movimentos positivos dentro do hospital, além de demonstrar aspectos observados que facilitam este fazer. A maior intenção em agrupar tantas experiências positivas é, de alguma forma, inspirar profissionais e gestores para que possam, de forma contextualizada, replicar em seus serviços.

Foram mencionadas questões subjetivas que facilitam o trabalho em equipe, como a satisfação de exercer a função, ser valorizado e reconhecido. Estes aspectos terem aparecido demonstram questões que deveriam ser básicas para trabalhar com dignidade, mas na verdade, são raros. Diversos dispositivos e estratégias foram pontuadas como efetivas ou que geraram algum efeito positivo nas equipes estudadas, como a comunicação e compartilhamento entre os profissionais; dispositivo do Round Multi/Interdisciplinar; interconsulta; reuniões de equipe em que todos os envolvidos no cuidado tenham seu lugar e importância; diálogo aberto e presença da gestão; formação baseada na perspectiva integral do processo saúde-doença, entre outras questões igualmente fundamentais.

Não podemos perder de vista que as apostas para o trabalho interdisciplinar são atravessadas por limitações estruturais, e dessa forma, talvez devêssemos colocar como *apostas possíveis* por estarmos diante de um contexto que essencialmente dificulta a integralidade. Nada impede de apostar alto, mas para não desanimar, que tenhamos claro a impossibilidade de alcançar o inalcançável, se levado em consideração o contexto do capitalismo atual.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho apresentou dois grandes blocos: o primeiro trouxe como um mapa aberto (não tendo como objetivo a completude) inicialmente o conceito da interdisciplinaridade, destacando sobre como surgiu o termo, principalmente na área da educação e posteriormente, na saúde. Depois, já no contexto hospitalar, foi explorada não só o que se entende de trabalho em equipe pela perspectiva interdisciplinar, como também identificar outras conformações de trabalho em equipe, que se diferenciam da proposta interdisciplinar. E no terceiro eixo, problematizamos como a gestão atravessa os processos de trabalho em saúde e, conseqüentemente, o trabalho em equipe, tanto como responsável por fomentar práticas integrais quanto práticas fragmentadas. No Bloco II, observamos como este conceito se apresenta na realidade dos serviços com seus atravessamentos, suas potencialidades e apostas.

A construção dos blocos foi guiada pelo objetivo geral, pelos objetivos específicos, pelas questões de investigação e pelas hipóteses. São eles: O objetivo geral da presente pesquisa foi realizar uma cartografia das concepções de trabalho em equipes interdisciplinares de saúde no ambiente hospitalar a partir da análise da produção científica nacional. Enquanto objetivos específicos estão: 1) elaborar um quadro com os principais autores dedicados à análise da organização de trabalho em equipes interdisciplinares de saúde no ambiente hospitalar; 2) contextualizar a concepção de trabalho em equipes interdisciplinares no modelo de sistema universal de saúde implementado após a Constituição de 1988; 3) caracterizar o trabalho em equipes interdisciplinares de saúde no ambiente hospitalar e no contexto da organização e das tendências do trabalho em saúde a partir dos autores selecionados e, por fim, 4) identificar os fatores que favorecem ou limitam o trabalho em equipes interdisciplinares.

Diante do exposto, podemos afirmar que houve a construção de uma cartografia das concepções de trabalho em equipes interdisciplinares de saúde no ambiente hospitalar, a partir da análise da produção científica nacional específica, dentro de um número reduzido de trabalhos selecionados. Consideramos que o objetivo de construção de um mapa não exaustivo e preliminar das concepções de “trabalho em equipe” “interdisciplinares” “de saúde no ambiente hospitalar”, aqui nomeado de “cartografia” foi realizado.

Em relação aos objetivos específicos, identificamos autores referências no tema, contribuindo para realizar o resgate histórico fundamental e pensar sobre o tema nos dias atuais. A partir disso, viu-se como o termo interdisciplinaridade desenhou sua marca na educação e,

posteriormente, ganhou espaço nas políticas de saúde, como na PNH. Durante o bloco II, entramos em contato com o termo dentro do contexto hospitalar, especificamente como forma de organização de equipes, demonstrando e problematizando seus obstáculos e potencialidades.

As questões de investigação que nos auxiliaram na construção desta dissertação foram:

- a) Quais são as concepções de trabalho em equipe interdisciplinar em saúde encontradas na literatura?
- b) Quais são as principais características do trabalho em equipes interdisciplinares em saúde, segundo a literatura?
- c) Quais fatores limitantes são identificados pela literatura para o pleno desenvolvimento das potencialidades do trabalho em equipes interdisciplinares em saúde?
- d) Quais são as relações conceituais entre a concepção ampliada de saúde defendida pela Reforma Sanitária e a concepção de trabalho em equipes interdisciplinares de saúde?
- e) A literatura estabelece correlações entre o incentivo e a adoção do trabalho em equipes interdisciplinares em saúde e as tendências do mundo do trabalho em saúde no quadro do capitalismo contemporâneo?

Considerando estas questões, podemos dizer, ao final da dissertação, que elas foram contempladas parcialmente. Inicialmente, nos prendemos a um ponto presente na formulação das próprias questões, ou seja, a polissemia “interdisciplinaridade”. Logo tratou-se no primeiro momento de sistematizar e compreender as diversas concepções sobre o trabalho em equipe interdisciplinar em saúde, contando, inclusive, com os conflitos conceituais presentes nos textos selecionados como corpus desta pesquisa. É importante observar que a diversidade conceitual não é um problema, ao contrário, afinal como salientamos, a interdisciplinaridade é polissêmica, assim como o trabalho em equipe. O problema começa quando o intuito maior dos textos científicos é a formulação de políticas públicas e de estratégias de gestão de trabalho. Nesses casos, um maior rigor conceitual, com uma definição clara do sentido, das referências, do contexto de produção dos conceitos se faz fundamental.

Enquanto características do trabalho em equipes interdisciplinares em saúde, voltamos a mencionar sua diversidade de percepções. Entretanto, há aspectos que foram ressaltados com frequência: a perspectiva interdisciplinar promove a integralidade, a qual se relaciona com a Constituição de 88 a partir do Artigo 198, seção II; com os princípios e diretrizes do SUS (Art. 7º) e com a concepção de clínica ampliada defendida pela PNH. Além disso, a perspectiva interdisciplinar incentiva a produção de conhecimento, a circulação dos saberes, a superação da hierarquia e das relações de poder, busca a horizontalidade das categorias e valoriza a importância de cada um. Sobre a 3ª e 5ª questões de investigações, estas serão melhor elaboradas abaixo.

Diante das questões de investigação propostas formulamos duas hipóteses:

A primeira é que a interdisciplinaridade, como uma das características que define e qualifica, ao menos em um determinado contexto histórico, o trabalho em equipe em ambientes hospitalares é ineficaz, em toda sua potencialidade, no marco do capitalismo. A segunda envolve a concepção de trabalho em equipes interdisciplinares de saúde no ambiente hospitalar é limitada estruturalmente pelo modo de organização e relações de trabalho no espaço hospitalar e pela hegemonia da lógica disciplinar, no caso biomédica, na organização e nas relações de trabalho no espaço hospitalar (Donnangelo, 1976; Pires, 2000; Campos e Amaral, 2007; Frigotto, 2008; Antunes, 2014; Gomes, 2017).

Como mencionado anteriormente, entendemos que ambas estão dentro do escopo da pesquisa, entretanto, diante da limitação do tempo de execução da pesquisa, o projeto ateu-se à segunda hipótese, mantendo a primeira como hipótese teórica mais geral. Esta preferência se pautou, como explicitado na introdução, sobretudo, pela dificuldade de tempo para aprofundar a discussão mais extensa da interdisciplinaridade atravessada pelo capitalismo e suas tendências no trabalho no tempo presente, frente às mudanças nos últimos anos no processo de reprodução do capital. Entretanto, esta concepção nos guiou a todo momento na construção de um olhar crítico diante dos artigos selecionados e suas discussões.

Durante o Bloco I, identificamos diversas questões que dariam extensos debates, porém, pelo curto tempo de execução da dissertação e também por fugir do tema proposto, não foram possíveis maiores desdobramentos. Entretanto, neste espaço podemos ressaltar algumas delas.

Retomando as questões de investigação em relação aos fatores que limitam o trabalho em equipes interdisciplinares em saúde, foi possível identificar algumas percepções: Quanto a questão da falta de formação frequentemente mencionada pelos autores, ao apontarem o quanto influencia sobremaneira o trabalho em equipe efetivo, mesmo que esse seja um dos pilares para exercer um trabalho integral e ao mesmo tempo um dos maiores desafios para uma prática interdisciplinar, visto que no setor público, inclusive as universidades, pós-graduações, espaços formativos e concursos são extremamente disciplinares, é insuficiente depositar todo o peso de resolução do problema em uma reforma educacional (Vilela, 2019 e Teixeira, Coelho e Rocha, 2013).

Assim como, também entender que uma reforma cultural (Campos e Amaral, 2007) seja suficiente para mudar todo o contexto enraizado das práticas de saúde mostra-se uma perspectiva insuficiente. Entendemos que pensar na reforma educacional e cultural seja algo acessível e por isso apresentam tanta aposta. Do mesmo modo, em muitos casos de artigos

escolhidos tratam a respeito, especificamente, da unidade hospitalar pesquisada, sem olhar outras dimensões da organização do sistema de saúde, políticas públicas e a própria dinâmica do trabalho estruturada pela lógica capitalista de precarização e exploração do trabalhador. Assim, perde-se de vista questões antecessoras aos problemas vivenciados atualmente.

No bloco II e já respondendo a última questão de investigação, os artigos mais recentes não utilizam autores clássicos para tratar as questões da área da saúde, demonstrando debates superficiais para problemas profundos e estruturais. Nem sempre fica claro a abordagem teórico metodológica dos autores. Que discussão de sociedade eles fazem? Na realidade, não se trata somente dos artigos recentes, discussões clássicas do campo da saúde também não aprofundam essa relação. Apenas Frigotto (2008) insere a discussão da interdisciplinaridade num quadro teórico mais aprofundado e Pires (2000) traz a discussão da reestruturação produtiva atravessando os processos de trabalho em saúde, a partir do contexto do capitalismo contemporâneo. Diante disso, os autores do bloco II inserem essas questões num quadro teórico numa visão de sociedade mais ampla? Há uma abordagem sociológica, de saúde pública que ancore os textos? Questionamos, ainda: em que medida a seleção de trabalhos que discutem “atravessamentos” e “experiências” de fato estabelecem as correlações entre a organização do trabalho local-trabalho em saúde-trabalho no atual modo de reprodução do capital?

Como mencionado anteriormente, apesar da definição da segunda hipótese, por ser demasiadamente ampla, não foi possível tratá-la. Entretanto, ela permaneceu como um enquadramento necessário de toda a pesquisa. Diante dos artigos selecionados, evidenciou-se a ausência dessa estratégia teórica-textual em grande parte deles, sobretudo nos que tratam de análise de experiência. Em geral, os artigos não deixam claro para os leitores se compreendem ou não o trabalho em saúde e a interdisciplinaridade dentro da dinâmica de reprodução do capital. Essa ausência, em nossa análise, compromete o tratamento dos atravessamentos e das estratégias propostas para transformações. Tratando-se, portanto, de considerar os limites das transformações.

A partir disso podemos olhar para Campos e Amaral (2007) que, embora os autores utilizem, a princípio, algumas dessas categorias e estilo de pensamento similares ao do Frigotto (2008), ele não estabelece essas relações ao leitor, de pensar o hospital como espaço específico cujo, em última instância, estão sob o regime de produção e reprodução capitalista. Essas percepções que, apesar de específicas de cada autor, chamam a atenção por serem exceção. De modo geral, os autores não estabelecem essa relação e levam a discussão da saúde como se

estivesse fora do capitalismo e das relações de trabalho, tratando a saúde como categoria alheia e de fora desse contexto. Apontam resoluções apenas dentro do hospital estudado, sem considerar tantas outras questões que atravessam diretamente, e até mesmo provocam os problemas identificados nestes locais. Evidente que há o que ser feito especificamente em cada hospital, mas não se trata de mudanças eficientes e sim de reparos emergenciais.

Observamos que, de modo geral, há um evidente movimento de culpabilização e intensa responsabilização do trabalhador em realizar mudanças efetivas. Como se fosse uma questão de ato de vontade dos profissionais um reposicionamento diante de suas atividades e atribuições, a superação das relações de poder, mudanças significativamente estruturais no ambiente hospitalar, entre muitas outras questões mencionadas. Percebemos que exigem investimentos permanentes e coletivos na qualificação das equipes, logo não transferem para o trabalhador a busca pela qualificação, e seus resultados em termos de produtividade e qualidade não são imediatos e muito possivelmente não se adequam aos instrumentos de medida padronizados e largamente utilizados pelos hospitais. Entretanto, considerar que mudanças estrondosas estão nas mãos dos profissionais, é desconsiderar as relações capitalistas de produção e, sobretudo, as assimetrias existentes entre categorias de trabalhadores.

8 POSSÍVEIS DESDOBRAMENTOS

O principal desdobramento identificado e que consideramos uma lacuna significativa na construção deste trabalho foi não ter sido possível, por questão do tempo, a articulação entre o modo de reprodução capitalista atual e o trabalho em equipes interdisciplinares. Entretanto, ao final desta pesquisa ficou claro que os autores contemporâneos, ao menos os analisados, pouco ou não elaboram esta relação, demonstrando um distanciamento da discussão da saúde da realidade concreta e cruel em que estão enraizados. Dessa forma, há a necessidade de mais publicações que reflitam sobre essa realidade, levando em consideração a contextualização histórica e social.

A outra limitação desta pesquisa foi a impossibilidade de realizar entrevista com profissionais atuantes em hospitais. Teríamos a possibilidade de acrescentar outras camadas a polissemia da interdisciplinaridade, no caso, as camadas dos seus sentidos para os trabalhadores que atuam em equipes interdisciplinares ou estão envolvidos na construção dessas equipes. No entanto, diante dos resultados obtidos, analisar os trabalhos que partiram de pesquisas de campo permitiu-nos observar alguns aspectos e dimensões, como, principalmente, a perda da historicidade e da dimensão processual dos processos identificados em cada situação. Dessa forma, por outro lado, com a impossibilidade da pesquisa de campo, tivemos a chance de nos debruçarmos sobre as pesquisas já realizadas e encontrar dados interessantes para entender um pouco mais sobre o contexto geral da pesquisa em saúde, além de possibilitar entrar em contato com as mais diversas concepções da interdisciplinaridade e com vivências nos mais variados hospitais.

Vimos que a problematização do espaço hospitalar e suas relações de trabalho focaram com frequência em questões individuais como capacidade de interação e trabalho em equipe. Pouco se falou sobre as relações de trabalho atravessadas diretamente pela precarização e intensificação do trabalhador, pela diluição dos vínculos de trabalho impedindo de formar equipes, visto a rotatividade e a intensa inserção de plantonistas. Essa realidade se intensificou na pandemia e permanece (Lima *et al.*, 2021). Portanto, como falar em equipe interdisciplinar se cada dia é um profissional diferente atuando? Como pensar em equipes se os profissionais passam diariamente por incertezas e inseguranças em relação à sua continuidade? Com a intensificação da troca de CLT para PJ/MEI? Diversas barreiras cruéis e factuais perpassam a

vida do trabalhador da saúde, porém, ao menos no quantitativo de artigos selecionados, poucos são os que sequer mencionam essas impossibilidades e dão a elas o peso que a pertencem, ou seja, na forma de reprodução do capital atual.

Além disso, não identificamos nos artigos selecionados questões identitárias associadas a “raça”, “racialismo” e “gênero” que são atravessamentos estruturais marcantes nos processos de trabalho em saúde (Almeida, 2019). Essa lacuna pode estar associada aos descritores utilizados nas buscas e, posteriormente, pela seleção dos artigos para a construção da pesquisa, conduzindo para trabalhos datados entre 2010 a 2020. Consideramos que, caso tivéssemos incorporado o termo “interprofissionalidade”, teríamos grande probabilidade de encontrarmos uma seleção de temáticas associadas às questões e aos movimentos identitários.

Dessa forma, nos permitimos sugerir e recuperar nestes Possíveis Desdobramentos, baseados também em estudos exploratórios e leituras realizadas no âmbito do programa de mestrado, que mais recentemente as questões relacionadas ao trabalho em saúde tem se concentrado de modo significativo em torno do conceito de interprofissionalidade. O conceito de “interdisciplinaridade” parece ter perdido espaço, sem que se faça, ou não foi possível identificar, uma discussão mais aprofundada sobre as relações entre interprofissionalidade e interdisciplinaridade, além dos limites explicativos e compreensivos da interdisciplinaridade para a análise da realidade atual das equipes e do trabalho em saúde. Vale ressaltar a necessidade de mais estudos sobre experiências reais que aprofundem o debate teórico conceitual da interdisciplinaridade, visto que, em certa medida, trabalho em equipe e interdisciplinaridade se autocondicionam em termos teórico-metodológicos.

Diante disso, voltamos a ressaltar a importância de desenvolvimento de mais pesquisas que tratam o cenário atual como ele realmente se apresenta, dado a ausência da atenção às questões que estão anteriores e são frutos deste problema central e enraizado. Que a classe trabalhadora da saúde se perceba neste contexto precário, visto que nunca estiveram fora dos atravessamentos que o capitalismo apresenta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, S. *Racismo estrutural*. São Paulo: Pólen, 2019. 264 p. ISBN 978-85-98349-75-6.

ALVES, L. A. *et al.* Evidências sobre trabalho em equipe na atenção hospitalar. *Journal Health NPEPS*, 1(2), 2016. Disponível em: <
<https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1592/1518> >

ANTUNES, R. *Desenhando a nova morfologia do trabalho no Brasil*. In: *Estudos Avançados*, 28 (81) 2014. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/pdf/ea/v28n81/v28n81a04.pdf>>

AZEVEDO, A. B; PEZZATO, L. M; MENDES, R. Formação interdisciplinar em saúde e práticas coletivas. *Saúde em Debate*, 41 (113) Abr-Jun, 2017. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n113/0103-1104-sdeb-41-113-0647.pdf>> Acesso em: 22 de set. de 21.

BACKES, J., C.; AZEVEDO, C., S. Os paradoxos do trabalho em equipe em um Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico (CTI-Pediátrico): explorando as articulações psicossociais no trabalho em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.21, n.60, p.77-87, 2017. Disponível em: <
<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/20408/2/ParadoxosTrabalhoEquipe.pdf> >

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2011.

BOAVENTURA, S., S., Para além do Pensamento Abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Revista Crítica de Ciências Sociais [Online]*, 2007.

BORTAGARAI, F. M. *et al.* A interconsulta como dispositivo interdisciplinar em um grupo de intervenção precoce. *Distúrb Comum*, 27(2): 392-400, São Paulo, 2015. Disponível em: <
<https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/20851>> Acesso em: 22 de set. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Constituição (1988)**. **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

Brasil. **Lei 8080** de 19 de setembro de 1990, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm, e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS.

CARDOSO, C. G; HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trab. Educ. Saúde*, v. 9, supl. 1, p. 85-112, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/pdf/tes/v9s1/05.pdf>> Acesso em: 05 de set. de 2021.

CAMPOS, G, W, S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Cien. Saúde coletiva*, 12 (4). Ago 2007. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/NmPK5MRmgpvw6zwwzQ865pBS/?format=pdf&lang=pt> >

CECCIM, R.B. Conexão e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. In: **Interface: comunicação, saúde e educação**. 22(supl.2):1739-49, 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/1807-5762-icse-22-s2-1739.pdf>> Acesso em: 05 de set. de 2021.

COIFMAN, A., H., M. *et al.* Comunicação interprofissional em unidade de emergência: estudo de caso. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 55. 2021. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/reusp/a/6b3gxp5DL5YJy5ZQPGtgnv/> >

D'AMOUR D, Oandasan I. Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care*. 2005;19(Suppl. 1):8-20.

DONNANGELO, M. C. F. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976, p. 15-28.
FAZENDA, I.C.A. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. São Paulo, Papirus Editora, 1994.

FIORIN, P. B. G. *et al.* O ensino interdisciplinar na área da saúde: perspectivas para a formação e a atuação multiprofissional. In: **Revista Didática Sistemática**, ISSN 1809-3108. v. 16 n. 2 pg.30-43, 2014. Disponível em: < <https://periodicos.furg.br/redis/article/view/4551>> Acesso em: 02 de out. de 2021.

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

FONSECA, J., C., F.; VIEIRA, C., E., C. Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho: para além da avaliação de desempenho dos trabalhadores do setor de saúde pública no estado de Minas Gerais. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 20, n.2, p. 390-397, 2011. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/YydTgnmmzPmFmBnVQnFLHXb/?format=pdf&lang=pt> >

FRIGOTTO, G. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. *Revista do Centro de Educação e Letras da Unioeste Campus Foz do Iguaçu*, v. 10, nº 1 – p. 41-62, 2008.

GOMES, R. *Humanização e Desumanização no trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017, p. 49-95

GOULART, B., F. *et al.* Relacionamento Interpessoal: identificação de comportamentos para trabalho em equipe em unidade coronariana. *Rev. Min. Enferm.* 2019. Disponível em: < <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1197.pdf> >

GUIMARÃES, B., E., B.; BRANCO, A., B., A. Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. *Rev. Psicol. Saúde*, vol. 12, no.1, Campo Grande jan./mar. 2020. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000100011 >

GUZINSKI, C. *et al.* Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2019 Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180353.pdf>> Acesso em: 09 de nov. de 2021.

HABERMAS, J. Teoría de la acción comunicativa. Taurus-Biblioteca de Filosofía Contemporânea. Madri-Portugal: Ed. 70, 1987.

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

LACERDA, J., J., T.; MORETTI-PIRES, R., O. O processo de trabalho multiprofissional na atenção básica. CVSP - Brasil. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Disponível em: < <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1211> >

LEIS, H. R. Sobre o conceito de Interdisciplinaridade. In: **Cadernos de pesquisa interdisciplinar em ciências humanas.** Nº 73, 1678-7730, Florianópolis, 2005. Disponível em: < <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/2176/4455>> Acesso em: 05 de set. de 2021.

LEMOS, D., M., P. *et al.* Comunicação efetiva para o cuidado seguro ao paciente com implante de dispositivo de assistência ventricular. **Rev. Gaúcha Enferm.** 40, 2019. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/S7Hzbjt83hmvJNNVR7KrGxR/?lang=pt> >

LIMA, I., C., S. Precarização do trabalho em saúde e o sofrimento mental no Brasil no contexto de COVID-19. *Research, Society and Development*, vol. 10, n. 4, 2021.

LUZ, M., T. As instituições médicas do Brasil/ Madel Therezinha Luz - 2. ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013.

MARX, K. **A ideologia alemã.** São Paulo: Hucitec, 1979.

MATOS, E; PIRES, D. E; SOUSA, G. W. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. In: **Rev. Brasileira de Enfermagem REBEn.** 63(5): 775-81. Brasília, 2010. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/13.pdf>> Acesso em: 23 de ago. de 2021.

MELO, L., P.; LENARDT, M. H. Espaço, liminaridade e sociabilidade: etnografia da sala do café de uma unidade hospitalar. *Cultura de los Cuidados*, 2º Cuatrimestre, Ano XVIII – N.39, 2014.

MERHY, E. E. Saúde: A cartografia do trabalho vivo. 3ª Ed, São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FRANCO, T, B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde em Debate*, Ano XXVII, v.27, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

- MIRANDA, L.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Trabalho em equipe interdisciplinar de saúde como um espaço de reconhecimento: contribuições da teoria de Axel Honneth. *Physis*, 22(4), 2012. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/physis/a/vrcTy6shRBnVkX7yLbh7w4H/?format=pdf&lang=pt> >
- MOREIRA, F., T., L., S. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. *Rev. Gaúcha Enferm.* 40(spe), 2019. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/nWLSXWpWyYyhnCmF8J6KvbJ/?lang=pt> >
- NETO, J., D., A. Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional. *Rev. Bras. Promoção Da Saúde*, 29(1), 43-50. 2016. Disponível em: < <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4043/pdf> >
- NOCE, L., G., A. *et al.* Relações interprofissionais de uma equipe de assistência ao paciente em cuidados críticos. *Rev. Bras. Enferm.*, 73(4), 2020 Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/reben/a/kKgdTGV5y9zMWRg7mLBtJkx/?lang=pt> >
- PAIM, J., S. O que é o SUS? – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- PASCHE, D. F. *Pistas metodológicas para se avançar na humanização dos hospitais do Brasil*. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos HumanizaSUS: Atenção Hospitalar. Série B. Textos Básicos de Saúde. vol. 3. Brasília, 2011. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasis_atencao_hospitalar.pdf>
- PEDROSA, B., V. O império da representação: a virada cultural e a geografia. *ESPAÇO E CULTURA*, UERJ, RJ, N. 39, P.31-58, Jan./Jun. 2016. Disponível em: < <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/espacoecultura/article/view/31750/22475>>
- PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. *R. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 53, n. 2, p. 251-263, abr/jul, 2000. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/reben/a/dgtGrrvZbR3VRNrs7qcpJs/?lang=pt&format=pdf> >
- SILVA, S., M.; RAMOS, M., Z. Profissionais de saúde de um serviço de emergência hospitalar: discursividades em torno do cuidado. *Physis*, 24(3), Jul-Sep, 2014. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/physis/a/gQnL6XznWjrS8WSMnJ8Zkpf/?format=pdf&lang=pt> >
- TEIXEIRA, C., F., F.; COELHO, M., T., A., D., ROCHA, M., N., D. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. *Trab. Educ. Saude*. Vol: 18, n. 6. Jun, 2013. Disponível em: < <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/bacharelado-interdisciplinar-uma-proposta-inovadora-na-educacao-superior-em-saude-no-brasil/11828?id=11828> >
- TRINDADE, D. F. **Interdisciplinaridade: um novo olhar sobre as ciências**. In: O que é Interdisciplinaridade? Ivani Fazenda (org.) São Paulo, Editora Cortez, 2008.
- VILELA, M. V. F. Reflexões sobre o histórico e caminhos da interdisciplinaridade na educação superior no Brasil. In: **Journal Health NPEPS**, 4(1): 6-15, 2019. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-999637>> Acesso em: 15 de dez. de 2021.

WANDERBROOKE, A. C. N. S. *et al.* O sentido de comunidade em uma equipe multiprofissional hospitalar: hierarquia, individualismo, conflito. In: **Trab. Educ. Saúde**, v.16 n.2, p.1.157-1.176, set/dez. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tes/v16n3/1678-1007-tes-1981-7746-sol00155.pdf>> Acesso em: 15 de jan. de 2022.

WINNICOTT D.W. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975. _____.
Desenvolvimento emocional. Características da primeira infância. In: _____. Natureza Humana. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 87-99.