

E-Revista de Estudos Interculturais do CEI – ISCAP

N.º 3, maio de 2015

INTERDISCIPLINARIDADE COMO ESTRATÉGIA PARA UM CUIDADO DE SAÚDE CULTURALMENTE COMPETENTE EM SERVIÇO DE INFECIOLOGIA¹

Rafael Rodrigues

CEI – Centro de Estudos Interculturais

Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto

rafaelrodrigues.rfl@gmail.com

Resumo

A interdisciplinaridade é uma estratégia para a qualidade dos cuidados de saúde. A consciência das diferenças dentro dos grupos homogêneos favorecem ações mais congruentes, como proposta de superação da dificuldade de união entre a ciência e a complexidade em saúde. Sugere um repensar sobre a fragmentação do conhecimento na saúde e uma reflexão que fortaleça as parcerias entre os múltiplos profissionais com enfoque em melhores condições de saúde e vida da população. Neste artigo, objetivou-se descrever a abordagem interdisciplinar no processo de cuidar culturalmente competente a pessoa vivendo com HIV; e compreender, na percepção do enfermeiro, a relação entre a interdisciplinaridade e o processo de cuidar culturalmente competente. O estudo foi do tipo descritivo e exploratório, realizado em serviços de infeciologia referência em Portugal. As informações foram coletadas por observações participantes do contexto social e durante as reuniões de equipa. Também foram realizadas 18 entrevistas semiestruturadas com os enfermeiros dos serviços. Todos os preceitos éticos do estudo com seres humanos foram respeitados. Os dados foram tematizados com suporte da análise de conteúdo de Bardin (2011) e apresentam-se como dois temas: Implicações práticas do trabalho interdisciplinar e Facilidades/dificuldades no cuidar interdisciplinar. Estas temáticas demonstraram a importância da atitude dialógica entre

¹Artigo extraído da investigação de doutoramento (em andamento), registrada com o título ‘Prevenção da tuberculose em pessoas com HIV: um modelo de cuidado culturalmente competente’.

profissionais-instituição-utente, num contexto de confronto de ideias e conhecimentos essenciais para aprimorar a qualidade dos cuidados em saúde por meio da maestria cultural.

Palavras-chave: Interdisciplinaridade; Cuidados de saúde; Competência Cultural; Enfermagem.

Abstract

Interdisciplinarity is a strategy for the quality of health care. The awareness of the differences within the homogeneous groups favors more consistent actions, as a proposal to overcome the difficulty of union between science and the complexity of health. It suggests a rethinking of the fragmentation of knowledge in health and a reflection which strengthens partnerships among the various professionals, focusing on better health care and life conditions. This article aimed to describe the interdisciplinary approach in the process of culturally and competently taking care of people with AIDS; and to understand, from the nurse's point of view, the relationship between interdisciplinarity and the process of culturally and competently taking care. The study, carried out in reference units of Infectious Diseases in Portugal, was descriptive and exploratory. The information was collected through observation-participation in the social context and during team meetings. 18 semi-structured interviews with the nurses of that service were also carried out. All ethical precepts of the study of human beings were respected. Data was processed according to Bardin's content of analysis (2011) and is presented as two themes: Practical implications of the interdisciplinary work and Easiness/Difficulty in interdisciplinary care. These themes showed the importance of the dialogical attitude amongst professionals-institution-user, in a context of confrontation of ideas and knowledge, essential to improve the quality of health care through cultural mastery.

Key-words: Interdisciplinarity; Health care; Cultural Competence; Nursing.

Introdução

O cuidado culturalmente competente é de grande importância para um resultado de saúde sensível e adequado às necessidades de cada ser humano. Por se tratar de um processo não linear, por mais estável que seja a adequação e manutenção devido aos

padrões culturais de uma sociedade, a homogeneidade do cuidado suporta-se em diferentes processos de decisão interdisciplinares e na complementariedade dos saberes, para conseguir a maneira mais adequada de cuidar das pessoas.

Por concentrar-se num sistema de cuidado dinâmico, a sua efetividade dependerá da disponibilidade para o outro e da consciência (inter/intra) cultural adquirida pelos profissionais. Dessa forma, cuidar culturalmente competente é uma estratégia para trabalhar em equipa e fornecer resposta às flutuações que se centram nas solicitações do ser humano em convívio social.

Os enfermeiros enquanto profissionais de uma equipa de saúde demonstram que além de competências cognitivas, é necessário apropriar-se de competências atitudinais e convivência humana. Nesta perspectiva, os cuidados de saúde assumem um conceito amplo, pautados na integralidade dos sujeitos e numa visão multidimensional que reconhecer à pluralidade de saberes, desenvolvem atitudes para a consideração de todas as disciplinas na intenção de um cuidado integral e de promoção da saúde.

Entende-se como necessário o reconhecimento por parte dos profissionais dos limites do seu núcleo de ação e das tecnologias empregadas, numa relação de parceria entre os demais saberes e setores para além da saúde. Para Amorin & Gattás (2007); Iribarry (2003), a atmosfera de trabalho é mais do que a diversidade profissionalizante, é uma relação dialógica interdisciplinar e intersetorial, resultando em práticas de saúde com atenção integral e contextualizada.

De fato a interdisciplinaridade é representada, hoje, como o maior desafio nas práticas de saúde (Amorin & Gattás, 2007). Não como uma questão apenas política, mas um desafio cultural, pela necessidade de reconhecer competências, limites e complementaridade do conhecimento, obrigatórias para intervenções congruentes.

Não se pretende substituir o modo como se produz ou transmite conhecimento. Propõe-se relacionar e integrar os diversos saberes, ou seja, a perspectiva interdisciplinar busca estabelecer uma comunicação entre as diversas disciplinas, procurando compreender como pode haver colaboração entre os conhecimentos produzidos para a (re) construção de um saber mais próximo das questões da realidade.

Como proposta de superação da dificuldade de união entre a ciência e a complexidade das ações em saúde, os objetivos deste artigo foram:

- Descrever a abordagem interdisciplinar no processo cuidar culturalmente competente;

- Compreender, na percepção do enfermeiro, a relação entre a interdisciplina e a prestação de cuidados.

Contextualização sobre o conceito de interdisciplinaridade

Em breve contexto histórico, vale ressaltar que a Idade Moderna foi marcada pela difusão e pela valorização do saber. Nesse notável período, destacaram-se vários pensadores. Mendes & Vilela (2003:526) afirmam que foi:

“Descartes [que] inaugurou definitivamente o pensamento moderno, ao propor o uso disciplinado da razão como caminho para o conhecimento verdadeiro e definitivo da realidade e, formulou os princípios dessa nova forma de produção de saberes, caracterizado por uma série de operações de decomposição da coisa a conhecer e pela redução às suas partes mais simples. Esse modelo é conhecido como modelo cartesiano e tornou-se um paradigma.”

A forma de pensar cartesiana se fortalece para atender as necessidades da industrialização no século XVI. Momento em que a fragmentação do conhecimento era útil para a obtenção de lucros pelo comércio e na resolução objetiva de problemas.

O avanço científico que surgia transformava o conhecimento de maneira rápida e exigia metodologias de compartilhamento desse conhecimento, visto a significativa quantidade de informações produzidas no mundo. A disciplina ou monodisciplina eram as formas adquiridas para sistematizar a gama fragmentada de informações e especializar a ciência e o sujeito científico (Fazenda, 2008; Mendes & Vilela, 2003; Porto & Almeida, 2002).

Tal forma de organização da ciência mantinha os pesquisadores rigorosamente em suas áreas específicas de atuação e perseverantes no enfrentamento dos problemas particulares para a qual eram designados. Resultado desse processo foi o forjar da visão entre as diversas áreas do conhecimento e disciplinas correlatas.

Para compreender as diversas modalidades de disciplinas é necessário o entendimento do que seja disciplinaridade. Esse conceito significa a exploração científica e aprofundada de um conjunto de conhecimentos que guardam entre si características comuns e que lhe são próprias (Iribarry, 2003). Assim, visa o surgimento de novos conhecimentos mais específicos acerca de um assunto dentro de um determinado ângulo de visão. Os tipos de disciplinaridade são determinados a partir dos

níveis de agrupamento das disciplinas em contato, classificadas como multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade (Fazenda, 2008).

O desenvolvimento de estratégia de integração disciplinar na produção de conhecimento surge como resposta às críticas decorrentes do modelo de conhecimento científico que, a partir do século XVI, se impôs como principal meio para a transformação dos processos de produção e das condições de vida (Porto & Almeida, 2002).

As ideias emergentes sobre ciência vêm no interesse de integrar as disciplinas, compartilhando entre as diferentes ideologias, marcos conceituais e metodológicos que possibilitem que os problemas semelhantes sejam definidos e estudados por diferentes enfoques.

Nenhuma disciplina isoladamente consegue contemplar todas as nuances do conhecimento, devido à própria racionalidade científica que cria novas disciplinas e pela articulação entre ciência, técnica e política (Minayo, Assis, & Deslandes, 2003).

Assim, a proposta interdisciplinar se expressaria através da exposição do trabalho científico às muitas visões acerca da razão em busca da uma unidade, o que requer o reconhecimento dos limites de ação e do próprio campo disciplinar e, também de um diálogo crítico que possibilite o trânsito de diversas linguagens (Artmann, 2001; Porto & Almeida, 2002). A interdisciplinaridade é uma tentativa de superação fragmentária do saber por uma compreensão holística da realidade.

Para o desenvolvimento de uma postura interdisciplinar, é necessária a aquisição de algumas características pelo indivíduo como “flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, aprender a agir na diversidade, aceitar novos papéis” (Mendes & Vilela, 2003:527).

Metodologia

Desenho do Estudo

Em face da finalidade do estudo tornou-se pertinente a realização de uma investigação de natureza qualitativa, do tipo exploratória e descritiva.

A escolha por este caminho metodológico ocorreu em virtude da possibilidade

de buscar através da compreensão dos significados, as situações particulares da ação interativa e específicas dos fenómenos dentro de um contexto social (Haguette, 1992).

Contexto do estudo

O estudo foi realizado em contextos hospitalares de referência especializada na atenção à pessoa com HIV e outras doenças infectocontagiosas, em Portugal.

Estes locais tinham uma equipe interdisciplinar formada por vários profissionais de saúde: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras, infeciologistas, auxiliares de acção médica, educadora social, e contam também com a articulação com consulta externa de nutrição, estomatologia e pneumologia.

Obtenção das informações

O recorte temporal analisado foi o período de dezembro 2013 a setembro 2014, realizada em duas etapas:

Na 1ª etapa, para obtenção das informações utilizaram-se os registros da observação participante (Spradley, 1980):

- Na prestação de cuidados no contexto social em que se inseria a pesquisa;
- Nas reuniões (interdisciplinar) de equipa. Ressalta-se que foram realizadas observações participantes de 10 (dez) reuniões realizadas no período em estudo.

Na 2ª etapa tendo como foco a percepção dos enfermeiros sobre a temática, formaram-se os domínios da relação entre a interdisciplinaridade com o processo de cuidar culturalmente competente. Para isto, foram realizadas 18 entrevistas semiestruturadas.

O quantitativo seguiu o critério de amostragem teórica (Morse, 1994), em que as informações foram saturando pelo esgotamento do contexto observado nas redundâncias e na duplicidade de ideias apresentadas pelos enfermeiros.

A inclusão dos enfermeiros desses locais ocorreu devido à continuidade de cuidados prestados aos doentes, numa lógica inerente de pensamento que quanto mais o enfermeiro conhecer o doente, maior é a oportunidade de ser prestado um atendimento que preencha as necessidades da pessoa, garantindo credibilidade aos resultados e como as questões enunciadas no cotidiano são transmitidas dentro na equipe de saúde, assim

como foi gerenciado o poder de decisão em ações independentes e interdependentes?

Nesta etapa não foi ponderada a quantidade de intervenções, mas a diversidade de singularidades que o enfermeiro pudesse ter vivenciado, a intencionalidade e as circunstâncias congruentes como cuidador pertencente a uma equipe de saúde, numa compreensão dos significados atribuídos dentro do contexto social e pela explicação das particularidades.

Enfatiza-se que foram excluídos da pesquisa quem estivesse eventualmente a trabalhar no setor por motivo de férias ou devido ao afastamento, por atestado médico, de algum outro enfermeiro do serviço, num tempo inferior a seis meses.

Na entrevista semiestruturada, relacionaram-se os valores, as atitudes e as opiniões através da exploração do universo subjetivo dos entrevistados, conforme explicam Deslandes, Cruz-Neto, & Gomes (2002: 108-9):

“(...) a entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade em discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (...) [objetivando] colocar as respostas dos sujeitos no seu contexto, evitando prevalência comum nos questionamentos estruturados.”

O roteiro semiestruturado se constituiu de questões norteadoras e indutoras de um diálogo aberto que foram formuladas tendo como pressupostos os objetivos, o contexto empírico e os princípios do paradigma qualitativo:

- Como você pratica o cuidado de enfermagem no contexto da infectologia, com pessoas com HIV e outras doenças infectocontagiosas?
- Comente com base na sua experiência, o que seria para você o cuidado de enfermagem culturalmente competente neste contexto?

No decorrer da entrevista, algumas questões foram introduzidas, à medida que se identificaram como necessárias, de acordo com os conteúdos expressos, oferecendo, assim, caminhos para que o entrevistado expusesse suas estratégias de prática de cuidado interdisciplinar em serviço especializado.

Análise dos dados

A análise de conteúdo (Bardin, 2011) possibilitou a compreensão crítica, busca de significado dos sentidos manifestos, além do que foi comunicado.

Para Bardin (2011), a análise de conteúdo mobiliza técnicas complementares, que consistem na explicitação e expressão do conteúdo das mensagens. Estão apresentados por temas e, exemplificados com os recortes das observações participantes e das entrevistas, como fontes representativo-paradigmáticas para cada tema:

- Implicações práticas do trabalho interdisciplinar
- Facilidades/dificuldades do cuidar interdisciplinar

Aspetos éticos

Foram adotados todos os procedimentos para que a investigação estivesse de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, que norteia as condutas, os padrões e procedimentos éticos do estudo. Apresenta parecer favorável a sua execução pela Comissão de Ética em Pesquisa: N/REF^a. 248/13 (158-DEFI/199-CES) e CE/CHLO-10/2013.

Vale salientar os seguintes: (1) encaminhamento às instituições, foco do estudo, de uma solicitação para a entrada do pesquisador em campo; (2) elaboração de termo de consentimento livre e esclarecido; (3) informação sobre os métodos e procedimentos utilizados na realização da pesquisa; (4) garantia do anonimato e confidencialidade do conteúdo das informações coletadas, com isso as identidades foram substituídas por códigos alfanuméricos; (5) esclarecimento a respeito da possibilidade de recusar a participar e/ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer custo ou prejuízo para o próprio; e (6) reforço sobre a importância da participação para realização desta pesquisa e dos contributos sociais, teóricos e profissionais que poderão vir a surgir com os resultados.

Uma narrativa descritiva dos resultados

Implicações práticas do trabalho interdisciplinar

As reuniões ocorriam sempre na segunda-feira à tarde. Eram abordadas interdisciplinarmente as ‘situações do cotidiano que causavam dúvida a cada

profissional, ações que levaram aos resultados imediatos e a capacidade de resolvê-las independentemente' (O1). Desta forma, toda a equipe ficava ciente das situações e opinava, conforme suas competências, para uma 'decisão mais assertiva e que fosse de encontro as necessidade do doente' (O2).

Com isso, 'garantia-se a adesão terapêutica, diminuição dos danos associados, comportamentos de risco e favorecia a construção de um conjunto de estratégias de ensino/aprendizado para que os doentes aprenderem a viver com a medicação antiretroviral por toda a vida' (O3).

No início da reunião interdisciplinar leva-se em consideração a avaliação das faltas acima de 3x/semanais (não cumulativas). Desta forma, mobilizam-se os conhecimentos de cada profissional sobre os doentes para as possíveis causas associadas às faltas. A abordagem avaliativa da situação era nominal a cada doente, compartilhavam-se alterações de comportamento observadas e os discursos que se ouviam no dia a dia, nas visitas domiciliares, nos atendimentos fora do gabinete.

Havia uma preocupação em conhecer bem a pessoa antes de planejar qualquer estratégia de intervenção. As componentes éticas eram respeitadas, mesmo na quebra de sigilo para a equipe de saúde. Compartilhavam as informações pertinentes para um cuidado mais congruente, na 'complementariedade de informações sobre as condições de vida, estado emocional, financeiro, relação familiar, atitudes positivas frente à terapêutica e ao tratamento, limitações cognitivas e comportamentos de risco identificados' (O4). 'O envolvimento familiar foi sempre referido como fator primordial para suporte de apoio aos doentes' (O5).

Além do contexto de faltas, discutiam-se o (in) cumprimento das consultas, realização ou recusa em fazer exames e análises sanguíneas, e as condições clínicas atuais resultantes da dificuldade de adesão ao programa terapêutico.

Na perspectiva dos enfermeiros, estar institucionalizado ou a ida continua ao serviço requer observância na ordem disciplinar institucional, ou seja, para compreender o espaço tem que compreender as práticas sociais que o constituem. Isto revela relações de poder para manutenção de uma ordem disciplinar das estratégias. Porém, a relação entre as estratégias e as táticas é a contraposição à fixidez do sistema em que o doente e o enfermeiro estão inseridos.

O interesse centrado nos acontecimentos e no conhecimento de quem vive aquele espaço apontam histórias visíveis que devem ser decifradas para encontrar a lógica para melhor adequá-las ao contexto e não torná-las ilegíveis. Isto ajuda aos

enfermeiros a diferenciarem os comportamentos em função das respostas dadas mediante as ações.

Enquanto a estratégia traçada pelo enfermeiro tem a intenção de controlar e organizar a forma mais correta do espaço, manipula numa relação de poder o doente, de forma que ele siga as regras institucionais, na maneira mais previsível possível. Porém, diante da diversidade cultural, para a realização e a manutenção do cuidado é necessário apropriar-se do conhecimento cultural de quem vive aquele espaço, para entender as múltiplas perturbações que venham a ocorrer.

Não que haja a ausência de poder, mas uma liberdade para que o espaço da tática seja a mais adequada para o outro. Nesta lógica, a consciência cultural adquirida ajuda ao enfermeiro a desenvolver um espaço de autonomia para o doente.

Isso resulta na tomada de decisão e nas ações do cuidado de enfermagem representadas pela preservação/manutenção do cuidar cultural, acomodação/negociação do cuidar cultural e a (re) padronização/reestruturação do cuidar cultural, a fim de prover congruência das ações. Desde modo, o enfermeiro sintetiza aspetos do sistema genérico e do sistema profissional de cuidar (Leininger, 2001).

O atendimento será exclusivo para cada indivíduo ou grupo, como resultado desta síntese. Representa as fases do processo de enfermagem, no qual exhibe o histórico, o reconhecimento da situação cultural, as ações e avaliações do cuidado de enfermagem (Seima, Michel, Múier, Wall, & Lenardt, 2011).

Havia aqui um fator que não era muito agradável para os doentes, nem para nós, que era o fator das visitas. Hoje um doente em isolamento tem o mesmo direito à visita. (E10)

Para os que fumam, tento verificar se o ambiente está seguro. Primeiro é ver se há pessoas na varanda. Se há pessoas na varanda, ele ainda não pode sair... não posso também me dirigir as outras pessoas: não vá para ali porque aquele tem [doente com diagnóstico de] tuberculose. (E8)

Quando vão fumar, eles aceitam, não metem entravos, pronto já tivemos doente também que não aceitavam as regras. (E2)

O trabalho interdisciplinar possibilitou traçar estratégias e (re) pensar na forma como dar conhecimento da tomada de decisão pela equipe, de maneira mais adequada para cada doente e família. ‘Leva-se em consideração questões clínicas impossibilitantes, os motivos que levaram o doente a não colher sangue, os resultados das análises com altas cargas víricas e baixa imunidade, manipulação errada da

terapêutica, falta de apoio familiar ou de pessoas significativas, como suporte responsável em casos de doentes de má adesão pela toma medicamentosa diretamente observada' (O6).

O contato com o doente se faz numa relação terapêutica empática, apoiada na confiança para a comunicação de questões gerais para aspectos mais específicos que mobilizem conhecimento de cada área.

Em casos específicos de intervenção, todos os profissionais trabalham o reforço e a motivação com o doente para ser cumprido o plano de cuidado proposto para sua rápida recuperação.

Um ponto que deve ser levado em consideração no trabalho interdisciplinar é a individualidade dos técnicos, como diferentes pessoas que tem diferentes modos de abordagem ao doente. 'Existe uma individualidade dentro do grupo, para isso a integração da equipe deve ser a melhor possível, para conhecer bem uns aos outros' (O7).

Esta singularidade dos profissionais, associada ao conhecimento global dos doentes e do contexto de trabalho, contribui para ações interdisciplinares que não desvalorizem as condutas independentes, mas 'garantam respostas favoráveis, respeito à individualidade do profissional e do doente que tem a opção de escolha pela forma mais empática. As ações práticas ficam assim mais confiantes e corresponsáveis, valorizando a autonomia, o respeito, os limites no campo de conhecimento e o encontro de saberes' (O8).

Facilidades/dificuldades do cuidar interdisciplinar

A comunicação eficaz favorece a tomada de consciência dos atos de cada profissional da equipa e 'dar mais segurança na realização das intervenções interdependentes e independentes, conhecer as regras e os limites de cada um da equipe, os comportamentos e coerência dos atos, e reforço das ações decididas em conjunto' (O9). Porém, isto fica por vezes dificultoso porque cada profissional trabalha em horários diferentes e dias da semana específicos. 'Assim, a equipa não tem uma resposta imediata a tudo' (O10).

Outra dificuldade é a adesão dos profissionais em estarem/manterem-se presentes nas reuniões de equipa e o compromisso registrarem suas ações nos processos (prontuários). 'A ausência dos profissionais no processo de decisão é um ponto caótico,

pois as estratégias pensadas são transmitidas descontextualizadas numa pauta que nem sempre é cumprida ou algumas vezes já foi realizada sem êxito. Este fato é impeditivo de atos congruentes, mesmo assim utiliza-se como estratégias: o telefone, e-mails e mensagens telefônicas para favorecer o processo dinâmico de transmissão ou solicitação de informações contribuindo na agilidade do processo decisório. Também, a falta de registro nos processos (prontuários) individuais do doente recai na mesma ideia da dificuldade de comunicação' (O11).

Na operacionalização do cuidado sobre a perspectiva dos enfermeiros, há tendências para outros domínios de cuidar: assistir (ou cuidar), administrar, ensinar, pesquisar e participar politicamente (Tanaka & Leite, 2007).

Para os enfermeiros entrevistados, o ideal para ser trabalhado seria uma equipa multidisciplinar que cuidasse do doente sob diversos olhares e intervenções integradas. As dimensões da estrutura social, compostas pelos fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, parentesco e sociais, valores culturais e modos de vida, políticos e legais, econômicos e educacionais, que se repercutem indubitavelmente na vida das pessoas (Leininger, 2001). Esses fatores constituem-se como um todo interrelacionado, intimamente presente no ser humano a ser cuidado, evidenciando a reciprocidade das influências culturais no contexto social.

A operacionalização dos cuidados se faz através de ensino e com atenção ao respeito aos estilos de vida. Lidar com as pessoas todos os dias ou devido aos constantes internamentos é aprender como lidar com eles de forma a agradar-lhes.

Eu acho que isto é ideal se tivermos uma equipa constante (...) o ideal era termos todos os profissionais no serviço a qualquer momento em que se desejava para podermos trabalhar. (E5)

Nos ensinamos aos doentes, é para dar a eles um melhor estilo de vida e melhores cuidados de saúde. (E4)

São questões culturais que vemos por deparar aqui, e temos que realmente usar estratégias diferentes para cada doente. (E1)

Imagine que eu tenho um doente atribuído: um homem de uma certa idade que veio do interior, se ele quer ir a casa de banho se calhar [talvez] eles não se sentem muito a vontade comigo. A gente habitua-se a fazer isso normalmente que não percebe, apenas porque as pessoas são diferentes. (E7)

Discussão

As transformações ocorridas na sociedade não poderiam deixar de afetar o modo de produção dos serviços de saúde. No campo da saúde, a fragmentação antes falada se evidencia na subdivisão da pessoa doente em unidade biológica, social e psíquica, numa visão positivista da saúde. Assim, a saúde tem uma perspectiva limitada e unidirecional em suas ações e valorizam princípios gerais, supostamente aplicáveis a todos os indivíduos.

Por valorizar o reducionismo e a excessiva objetividade na produção do conhecimento em saúde, o paradigma racionalista da Era Moderna mostra sinais de inadequação aos novos tempos. Surge a interdisciplinaridade “como resposta à diversidade, à complexidade e à dinâmica do mundo atual” (Mendes & Vilela, 2003:528).

O trabalho interdisciplinar produz um cuidado de saúde e enfermagem culturalmente competente nos serviços de infectologia não deve ser entendido na leitura isolada das temáticas apresentadas. A associação entre elas é essencial para compreensão do significado do tema na realidade dos que participaram desta investigação.

Cuidar foi descrito por ações orientadas tanto pelas competências práticas quanto pelas competências atitudinais, expressas no sentido do cuidar profissional e no apoiar o ser humano para a capacitação e condição de bem-estar definidas em todas as fases da vida.

Porto & Almeida (2002: 96) afirmam que “o setor saúde tem que responder a uma pluralidade de necessidades”. Propõe-se um modelo de assistência integral da saúde através de uma postura interdisciplinar em relação à produção do conhecimento e ao ensino.

Assim, o reconhecimento de cientistas, pesquisadores, intelectuais e profissionais das várias áreas sobre a necessidade de atravessar as estreitas fronteiras disciplinares e construir um diálogo interdisciplinar como forma de superar os efeitos negativos dessa fragmentação é crescente e inegável.

Os enfermeiros mostram-se conscientes da necessidade do trabalho em equipa para compreender a variedade de visões de mundo, de valores e conhecimento populares facilitadores na forma de prestar cuidados. Esses valores e modos de vida são pertencentes a cada pessoa e aos seus grupos, mas dinâmicos, conforme o grau de

identidade em que cada um se aproxima e se distancia de forma valorativa ao seu contexto.

Assim, o trabalho interdisciplinar é narrado como uma ação constantemente criativa, capaz de aperfeiçoar o plano de cuidado às experiências centradas em cada pessoa, família e sociedade, efetivadas no respeito, na privacidade e sensibilidade de fatores específicos do comportamento humano, nos mais diversos contextos como fontes de significado e compreensão.

Deste modo, o enfermeiro assume a função de um mediador cultural capaz de encontrar táticas adequadas para um cuidado mais sensível às solicitações dos doentes e compartilha com uma equipa. A incorporação de táticas não desvaloriza o cuidado prestado, mas evita as rotinas, a imposição de culturas, reconhecendo o outro como possuidor de ‘diferenças’ que devem ser preservadas, de modo a manter o bem-estar, ajudando-as a adaptarem-se ao ambiente de cuidados, a fim de reordenarem o cuidado por meio de uma relação terapêutica empática e confiante com os profissionais de saúde.

É possível estabelecer uma íntima relação entre ações de saúde e o projeto interdisciplinar. Profissionais de saúde e das mais diversas áreas passam a interagir de modo a complementar as limitações de cada profissão, todos preocupados com o real significado dos cuidados de saúde: foco na individualidade de uma pessoa inserida num contexto (Amorin & Gattás, 2007; Porto & Almeida, 2002). Tal proposta vem sendo valorizada nos últimos anos pelos profissionais de saúde como tentativa de abandonar a visão dicotomizada do indivíduo, passando a reconhecê-lo e tratá-lo como ser integral, através do enfoque multidimensional (Carvalho, 2007; Schraiber, 1999).

A saúde é marcada para além da interação entre o biológico e o sociocultural nos contextos individual e coletivo, sofrendo influência da estrutura política, cultural e socioeconômica, presente numa determinada época e lugar. Para o entendimento de um objeto de estudo tão complexo, são requeridas distintas disciplinas que o contemplem em vários ângulos. Entretanto podem ser delineadas muitas dificuldades para a construção da proposta interdisciplinar na área da saúde.

A forte tradição biocêntrica no tratamento dos problemas de saúde, a dificuldade de integração da teoria com a prática, o enfoque individualista do usuário de saúde como ser desvinculado de seu ambiente e família, bem como a estrutura curricular das instituições de ensino e pesquisa em departamentos, são dificuldades recorrentes na articulação entre interdisciplinaridade e ações de saúde refletidas na prática de cuidar

(Mendes & Vilela, 2003; Merchán-Hamann, 1999).

As condições de possibilidades desse encontro interdisciplinar se devem à vontade dos profissionais das diversas áreas de dialogarem, da sua compreensão sobre a incompletude da monodisciplinaridade para analisar os processos sociais e, especificamente, os de saúde-doença e do esforço de problematizar conceitos, categorias e produzir um tipo de conhecimento que parte de várias disciplinas (Minayo, Assis, & Deslandes, 2003).

Considerações finais

O processo de cuidar requer uma abordagem de interdisciplinar que deve ser desenvolvida num reconhecimento de competências de cada profissão, numa atitude dialógica e reflexiva, onde o confronto das ideias e os conhecimentos de todos os sujeitos envolvidos são levados em consideração para a (re) construção de novos conceitos, superação de intervenções descontextualizadas e padronizadas e, exploração do saber definidos em cada disciplina.

A crescente velocidade de produção do conhecimento, intensificada pelo processo de globalização, exige que os profissionais de saúde estejam atualizados e estabeleçam um contato mais aprimorado que proporcione uma enriquecedora troca de experiências no que concerne à produção das ações em saúde.

Discutir sobre a interdisciplinaridade com os profissionais de saúde é mais uma forma de reflexão sobre a complexidade da saúde e de sua promoção, ajuda a rever os conceitos e teorias que orientam sua prática para um cuidado de melhor qualidade pautado na autonomia e no seu reconhecimento social das profissões e de cuidados mais congruentes as necessidades dos utentes, familiares e sociedade.

A interdisciplinaridade na saúde deve ser entendida não como uma forma de sobreposição de saberes ou de aglomerado profissional. Deve ser desenvolvida como uma atitude, onde o confronto das ideias e os conhecimentos de todos os sujeitos envolvidos são levados em consideração. Até mesmo para, muitas vezes, construir novos conceitos, superar conhecimentos estabelecidos e a desconstrução da plasticidade dos cuidados centralizados num único saber/poder.

Essa transformação desvaloriza a racionalidade do paradigma hegemônico da saúde e incorpora nos cuidados os conceitos, por exemplo, de integralidade, intersetorialidade e participação social para decisões culturalmente competentes.

Referências

- Amorin, D. S., & Gattás, M. L. B. (2007). Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde. *Medicina*, 40(1), 82 - 84.
- Artmann, E. (2001). Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(1), 183 - 195.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Carvalho, V. (2007). Acerca da interdisciplinaridade: aspectos epistemológicos e implicações para a enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 41(3), 500 - 507.
- Deslandes, S. F., Cruz-Neto, S. F., & Gomes, R. (2002). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (21ª ed.). Rio de Janeiro: Vozes.
- Fazenda, I.C.A. (2008). *Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa*. Campinas/SP: Papirus.
- Haguette, T. M. F. (1992). *Metodologias Qualitativas na sociologia* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Vozes.
- Iribarry, I. N. (2003). Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 16(3), 483 - 490.
- Leininger, M. (2001). *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing.
- Mendes, I. J. M., & Vilela, E. M. (2003). Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(4), 525 - 531.
- Merchán-Hamann, E. (1999). Os ensinamentos da educação para a saúde na prevenção de HIV-Aids: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(Supl 2), 85 - 92.

- Minayo, M. C. S., Assis, S. G., & Deslandes, S. F. (2003). Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(1), 97 - 107.
- Morse, J. (1994). *Aspectos essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. Portugal: Formasau.
- Porto, M. F. S., & Almeida, G. E. S. (2002). Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(2), 335 - 347.
- Schraiber, L. B. (1999). Desafios Atuais da Integralidade em Saúde. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, 17.
- Seima, M. D., Michel, T., Méier, M. J., Wall, M. L., & Lenardt, M. H. (2011). A produção científica da Enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985-2011. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 851 - 857.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.
- Tanaka, L. H., & Leite, M. M. J. (2007). O cuidar no processo de trabalho do enfermeiro: visões dos professores. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(6), 681 - 686.