



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**INTERDISCIPLINARIDADE
E RELAÇÕES INTERPROFISSIONAIS**

**Um Estudo de Caso em
Equipa de Cuidados Continuados Integrados**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Serviço Social

por

Sónia Alexandra Félix Gomes

Faculdade de Ciências Humanas

Dezembro de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**INTERDISCIPLINARIDADE
E RELAÇÕES INTERPROFISSIONAIS**

**Um Estudo de Caso em
Equipa de Cuidados Continuados Integrados**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Serviço Social

por

Sónia Alexandra Félix Gomes

Sob orientação do Professor Doutor Francisco Branco

Dezembro de 2012



Resumo

O presente trabalho de investigação teve como propósito compreender a interdisciplinaridade como modelo de intervenção nas equipas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), dando especial enfoque à influência de fatores de ordem profissional nas relações interprofissionais.

Mais concretamente, pretendeu-se compreender a perceção dos profissionais relativamente à interdisciplinaridade, captando nos seus discursos o modo como racionalizam os fatores de ordem profissional envolvidos nas dinâmicas interacionais inerentes ao trabalho interdisciplinar. Pretendeu-se, ainda, compreender a perceção dos profissionais acerca do seu próprio papel e do papel dos outros profissionais da equipa, por se acreditar que influencia a predisposição para as dinâmicas interacionais facilitadoras da interdisciplinaridade. E, por último, procurou-se saber qual a satisfação dos profissionais com o desempenho da própria equipa como forma de “medir” o impacto dos desafios emergentes da convivência entre especialistas de diferentes áreas do saber no contexto da RNCCI.

A análise dos dados recolhidos põe em evidência que a interdisciplinaridade não é um empreendimento simples na medida em que põe lado a lado, numa forte relação de interdependência, uma diversidade de saberes profissionais, que nos seus contextos mais tradicionais de intervenção não convive habitualmente. O nível de interação profissional requerida pelo trabalho interdisciplinar, coloca assim alguns desafios relacionados com a discussão sobre o *status*, as diferenças de linguagens e valores profissionais, os quais



derivam dos processos de socialização das profissões, constituindo por isso uma determinada “visão do mundo” fortemente enraizada.

Por outro lado, os dados recolhidos apontam para a relevância que a clarificação dos papéis profissionais assume, facilitando as dinâmicas requeridas pela interdisciplinaridade e constituindo, ela mesma, uma estratégia indispensável para a colaboração interprofissional.

A presente investigação é um estudo de natureza qualitativa, exploratória, descritiva e compreensiva, ao longo do qual se utilizaram as estratégias de investigação indutiva e abductiva. Optou-se pela utilização de uma abordagem etnográfica, com recurso às técnicas de Entrevista e Observação, considerando o potencial das mesmas na captação das dinâmicas relacionais e seus significados para os atores. Adotou-se ainda como modelo de investigação, sobretudo na fase de análise dos dados, a Grounded Theory, tendo sido a codificação teórica o procedimento escolhido para realizar a análise das entrevistas.

Palavras-Chave: interdisciplinaridade, *status* profissional, socialização profissional, colaboração profissional, relações interprofissionais e cuidados continuados.



Abstract

This research work had the purpose to understand the interdisciplinarity as a model of intervention on teams in the National Network for Integrated Continuous Care (RNCCI), giving special emphasis to the influence of professional issues in the interprofessional relations.

More specifically, we intended to understand the perception of professionals regarding the interdisciplinarity, capturing in their speeches how they rationalize some professional issues involved in the interactional dynamics inherent to interdisciplinary work. It was also intended to understand the perception of professionals about their own role and the role of other professionals in the team, because it is believed that it influences predisposition to interactional dynamics that make easy the interdisciplinarity. Finally, we tried to recognize the professionals satisfaction with the performance of the team itself as a way to "measure" the impact of the emerging challenges of coexistence among specialists from different areas of knowledge in the context of RNCCI.

Analyzing this collected data, it demonstrates that interdisciplinarity is not a simple undertaking, because it puts *side by side* in a strong interdependent relationship, a diversity of professional knowledge, which in most of traditional contexts of intervention, does not happens normally. The professional level of interaction required by interdisciplinary work put some challenges related to the discussion about the *status*, the different languages and professional values, which derived from the socialization processes of professions and is therefore a particular “worldview” strongly rooted.



Moreover, the collected data shows the relevance that the clarification of professional roles assumed by facilitating the dynamics required by interdisciplinarity, constituting itself an indispensable strategy for interprofessional collaboration.

This research is a qualitative, exploratory, descriptive and comprehensive study, where were used inductive and abductive research strategies. It was used an ethnographic approach, using interview and observation techniques considering their potential in capture the relational dynamics and their meanings to the social actors. It was also used as a research model, the Grounded Theory, and the theoretical coding as the procedure to analyze interviews.

Keywords: Interdisciplinarity, professional status, professional socialization, professional collaboration, interprofessional relation and integrated continuous care.



A todos os profissionais da RNCCI,
por abraçarem o desafio de construir pontes que permitem ir mais além
nos trilhos da interdisciplinaridade.

A todos os Assistentes Sociais que trabalham na RNCCI,
pelo papel fundamental que desempenham no seio das equipas
e pela coragem e determinação com que contribuem para a prática interdisciplinar.



Agradecimentos

Findo este trajeto, manifesto o meu sincero agradecimento a todos aqueles que de algum modo contribuíram para que ele fosse possível:

À Diretora Técnica e à Assistente Social da Unidade que acolheu este projeto na fase de investigação empírica, pela prontidão com que aceitaram abrir as portas da sua “casa”, pela afabilidade com que me receberam e pela enorme disponibilidade face a todos os meus pedidos;

Aos profissionais que colaboraram no estudo, pela forma como se disponibilizaram a partilhar a riqueza das suas vivências. Sem essa partilha, este trabalho e o conhecimento que ele pretende acrescentar, não seriam possíveis;

Ao Professor Doutor Francisco Branco, meu orientador e referência basilar no meu percurso académico, pelo estímulo e questionamento que enriqueceram o meu trabalho mas também o meu saber profissional;

Aos meus colegas de trabalho, com quem partilho todos os dias as vivências que deram sentido a este trabalho, pela forma empenhada como todos os dias fazem a diferença na vida de tanta gente e também na minha;

À minha família e amigos, em especial ao Luís, pelo apoio incondicional e por compreenderem a minha ausência em tantos momentos.



Índice

Resumo	i
Abstract	iii
Agradecimentos	vi
Índice	vii
Lista de Caixas	x
Lista de Figuras	xi
Lista de Quadros	xii
Introdução	1
<i>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</i>	
Capítulo 1 – Interdisciplinaridade: o conceito	8
Capítulo 2 - Interdisciplinaridade: da especialização à necessidade de uma abordagem holística	14
Capítulo 3 - Intervenção Interdisciplinar: limitações e desafios	18
3.1- Fatores influenciadores da interdisciplinaridade	18
3.1.1- Fatores de ordem profissional	18
3.1.2- Fatores de ordem pessoal	26
3.1.3- Fatores de ordem organizacional	28
3.2- O modelo colaborativo	29



PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo 4 – Desenho e estratégia de investigação empírica	34
4.1- Problemática, questões e objetivos de investigação	34
4.2 – Natureza e Estratégias de Investigação	36
4.3 – Opção Metodológica e Amostra	37
4.3.1- Abordagem Etnográfica	37
4.3.2- Amostra	42
4.3.3- Considerações Éticas	43
Capítulo 5 – Análise e Interpretação dos Dados	44
5.1 - Grounded Theory	44
5.2- Codificação Teórica das Entrevistas	45
5.3- Análise dos Registos de Observação	53
5.4- Apresentação dos dados	54
5.4.1- A Interdisciplinaridade	54
5.4.2- A perceção dos Papéis Profissionais	64
5.4.3- O Contexto de construção da Interdisciplinaridade	72
5.4.4- Dinâmicas comunicacionais e interacionais	81
5.4.5- Clarificação dos Papéis Profissionais	88
5.4.6- Colaboração interprofissional	91
Capítulo 6- Discussão e Interpretação dos Dados	94
Conclusões	123
Bibliografia	133
Legislação Consultada	136



APÊNDICES

Apêndice A	138
Consentimento Informado	138
Investigação no âmbito de Mestrado em Serviço Social	138
Apêndice B	140
Guião da Entrevista	140
Apêndice C (CD-ROM)	143
Entrevistas transcritas	143
Apêndice D (CD-ROM)	143
Registos de Observação	143
Apêndice E (CD-ROM)	143
Memorandos	143
Apêndice F (CD-ROM)	143
Codificação Axial	143
Apêndice G (CD-ROM)	143
Codificação Seletiva	143



Lista de Caixas

Caixa n.º 1

Categorias resultantes da Codificação Axial _____ **49**

Caixa n.º 2

História de Caso _____ **49**

Caixa n.º3

História de Caso reconstruída _____ **52**



Lista de Figuras

Figura n.º 1

Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade _____ 11

Figura n.º 2

A perceção dos papéis enquanto condição causal da Interdisciplinaridade _____ 113

Figura n.º 3

A clarificação dos papéis como estratégia para a Interdisciplinaridade _____ 115



Lista de Quadros

Quadro n.º 1

Categoria Central e Subcategorias _____ **51**

Quadro n.º 2

Definição de Interdisciplinaridade pelos profissionais _____ **55**



Obviously, collaborative teamwork is a constant challenge.

McCallin, Antoinette & McCallin, Mike (2009)

(...) As fronteiras disciplinares são desenhadas e redesenhadas,
e a divisão das tarefas é renegociada a toda a hora.

Ellingson, Laura L. (2002)



Introdução

O reconhecimento da natureza holística das necessidades das pessoas em situação de dependência, levou a que a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, preconizasse a constituição de equipas interdisciplinares, como garante de uma resposta integrada aos seus problemas. A necessidade de trabalhar não só com as pessoas em situação de dependência, mas também com as famílias e recursos da comunidade, na resposta a problemas de saúde e de apoio social, justifica a interdisciplinaridade.

A RNCCI, criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, tem por objetivo prestar cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontram em situação de dependência. O mesmo diploma legal determina que “os cuidados continuados integrados incluem-se no Serviço Nacional de Saúde e no sistema de segurança social, assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo ativo e contínuo, por período que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, e compreendem: *a)* A reabilitação, a readaptação e a reintegração social; *b)* A provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis.” (Decreto-Lei n.º 101/2006: artigo 5.º).

Uma pessoa que esteja numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados pode, por exemplo, precisar do médico para fazer o diagnóstico clínico e definir o plano de tratamento medicamentoso, do pessoal auxiliar que a irá ajudar em atividades como a



higiene pessoal, do fisioterapeuta para trabalhar a força muscular e do assistente social para com ele planear e providenciar a continuidade dos cuidados no domicílio.

Sem comunicação entre todos os profissionais existentes na equipa, não é possível desenvolver uma intervenção compreensiva e integrada, isto é, baseada na abordagem da pessoa como um todo e projetando-se nas verdadeiras necessidades da mesma. Por sua vez, tal abordagem, só é possível com o contributo de uma equipa constituída por um leque diversificado de saberes profissionais, em que a intervenção concertada dos mesmos aconteça mediante uma organização norteadora da ação, com objetivos comuns, e se baseie numa relação de cooperação e diálogo.

No âmbito da RNCCI, o trabalho em equipa multiprofissional assume particular relevância, na medida em que estão em causa, problemáticas que requerem uma avaliação sob várias perspetivas e uma intervenção articulada de diferentes saberes profissionais. Nesse sentido, a RNCCI preconiza uma abordagem bio-psico-social da pessoa, entendendo a intervenção multi e interdisciplinar como uma estratégia de qualidade indispensável que deve ser adotada pelos seus profissionais nas unidades de internamento e equipas de domicílio, como forma de compreensão global da pessoa dependente.

O mesmo Decreto-Lei define estes conceitos, entendendo a multidisciplinaridade como “a complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais” e a interdisciplinaridade como “a definição e assunção de objetivos comuns, orientadores das atuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados” (Decreto-Lei n.º 101/2006: artigo 3.º).



O reconhecimento das mais-valias trazidas por um modelo de intervenção baseado numa prática multi e interdisciplinar, mas também dos desafios que coloca à prática diária dos profissionais nomeadamente no que toca à interação entre diferentes áreas do saber, despertou o interesse pelo tema.

De facto, a escolha da presente temática é motivada por algumas interpelações que a experiência pessoal no exercício profissional numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados, enquanto Assistente Social e Diretora Técnica, suscita. O contacto com o modelo de intervenção proposto pela RNCCI para a prestação de cuidados de saúde e de apoio social, de forma continuada e integrada, por um grupo de profissionais vindos de áreas diversas, na resposta aos problemas das pessoas com dependência, assim como o impacto desta resposta na vida das pessoas e famílias, põe em evidência o desafio pessoal diário para cada profissional e para a equipa como um todo, que é colocado pelo compromisso com a interdisciplinaridade.

A interação exigida aos diferentes saberes profissionais, desafia as profissões ao diálogo, à cooperação, à partilha de conhecimento, e até mesmo da tomada de decisão e da responsabilidade pela intervenção. No entanto, esta interação esbarra, não raras vezes, na disputa entre profissões por áreas de intervenção e conseqüente tentativa de preservação do próprio espaço; na necessidade de afirmação da profissão; no confronto gerado da discussão sobre *status* e responsabilidade sobre a tarefa, quando algumas profissões se afirmam como generalistas; e na recusa ou evitamento da colaboração interprofissional.

No entanto, o trabalho interdisciplinar revela uma importância inquestionável quando nos referimos a equipas profissionais que intervêm junto de pessoas em situação de



dependência, pois só um entendimento holístico da pessoa, que substitua a tradicional abordagem da medicina curativa, por uma abordagem do “cuidar” na aceção de cuidados globais (de saúde, sociais, psicológicos, de reabilitação, afetivos, espirituais, ocupacionais e outros) permite o atendimento às necessidades da pessoa. A pertinência social do tema prende-se, assim, com o surgimento recente da RNCCI, que constitui uma resposta única e inovadora em Portugal, com inquestionável impacto na vida dos cidadãos ao nível da promoção da continuidade dos cuidados integrados a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia, melhorando a sua funcionalidade através de cuidados de saúde e de reabilitação, e impulsionando a sua readaptação e reinserção familiar e social.

As exigências e desafios que o trabalho interdisciplinar coloca ao nível da partilha de informação, da troca de saberes, do diálogo e cooperação entre especialistas, quando nem todos os sectores profissionais têm uma cultura de trabalho em equipa e de intervenção interdisciplinar, justificam a pertinência científica do tema.

Por conseguinte, o presente trabalho propôs-se a compreender o modo como a interdisciplinaridade é percebida pelos profissionais, individualmente, captando nos seus discursos o modo como racionalizam os fatores de ordem profissional envolvidos nas dinâmicas interacionais inerentes ao trabalho interdisciplinar. Pretendeu-se, ainda, compreender a perceção dos profissionais acerca do seu próprio papel e do papel dos outros profissionais da equipa, por se acreditar que influencia a predisposição para as dinâmicas interacionais facilitadoras da interdisciplinaridade. E, por último, procurou-se saber qual a satisfação dos profissionais com o desempenho da própria equipa como forma de “medir” o impacto dos desafios emergentes da convivência entre especialistas de diferentes áreas do saber no contexto da RNCCI. Em suma, pretendeu-se compreender de



que modo se constrói a interdisciplinaridade como modelo de intervenção no contexto da RNCCI.

Assim, o contexto onde se realizou a análise empírica da presente investigação foi uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados, cuja seleção obedeceu a critérios de conveniência. Numa lógica de triangulação metodológica, procurou-se desenvolver uma teoria enraizada, na perspetiva de Glaser e Strauss (1967) e de Strauss e Corbin (1990), tendo sido aplicadas entrevistas a cinco dos seus profissionais e realizada observação participante de algumas das dinâmicas interacionais da equipa, como as reuniões de equipa. As técnicas utilizadas para recolha de dados inspiraram-se na metodologia etnográfica, sendo que a entrevista etnográfica assume neste trabalho particular relevância, pela densidade dos conteúdos que permitiu obter, tendo sido complementada pela observação das práticas.

Deste modo, o presente trabalho está organizado em duas partes: uma referente ao enquadramento teórico e outra ao estudo empírico.

Da primeira, faz parte o *Capítulo 1 – Interdisciplinaridade: o conceito*, ao longo do qual procuramos esclarecer o conceito de interdisciplinaridade e de outros com os quais se relaciona; o *Capítulo 2 – Interdisciplinaridade: da especialização à necessidade de uma abordagem holística*, faz uma síntese do percurso do conhecimento científico desde a exigência da especialização à necessidade da integração; e o *Capítulo 3 – Intervenção Interdisciplinar: limitações e desafios*, no qual apresentamos o contributo teórico de diversos autores sobre os fatores que influenciam a interdisciplinaridade, sendo conferida particular centralidade aos de ordem profissional, assim como a proposta do modelo



colaborativo.

A segunda parte deste trabalho integra o *Capítulo 4 – Problemática, questões e objetivos de investigação*, onde relacionamos a problemática em estudo com as questões e objetivos que orientaram o processo de investigação; o *Capítulo 5 - Grounded Theory*, referente ao modelo de investigação adotado; o *Capítulo 6 – Natureza e Estratégias de Investigação*, onde apresentamos as estratégias abdutiva e indutiva, utilizadas no estudo empírico; o *Capítulo 7 – Opção Metodológica e Amostra*, no qual expomos a opção metodológica e a forma como foi constituída a amostra do estudo; o *Capítulo 8 – Codificação e Categorização dos Dados*, onde é apresentada a opção metodológica de análise dos dados; o *Capítulo 9 – Apresentação de Dados*, onde se apresentam os dados obtidos através da análise; e o *Capítulo 10 – Discussão e Interpretação dos Dados*, onde se desenvolve o debate sobre as questões levantadas ao longo da investigação. Por fim, apresentamos as conclusões resultantes do processo de investigação.



PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO



Capítulo 1 – Interdisciplinaridade: o conceito

O conceito de interdisciplinaridade é utilizado em diferentes contextos, com significados nem sempre claros, sendo por vezes confundido com outros termos que lhe são próximos, o que torna relevante a clarificação do conceito à luz da literatura contemporânea. Contudo, ao fazer uma revisão de literatura sobre o assunto, percebemos que a definição de interdisciplinaridade pelos vários autores, se sustenta quase sempre na clarificação de um conjunto de conceitos, sendo estes os de multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. Invariavelmente, o conceito de interdisciplinaridade é apresentado como ocupando uma posição intermédia entre multidisciplinaridade ou pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade.

Segundo Japiassú (1976), um dos autores mais invocados sobre esta temática, a **multidisciplinaridade** representa o primeiro nível de integração entre diferentes áreas disciplinares, caracterizando-se pela existência em simultâneo de várias disciplinas na mesma equipa de trabalho. No entanto, a atuação dos vários saberes acontece de forma fragmentada, sendo que não se explora a relação entre os conhecimentos disciplinares e não existe entre eles qualquer tipo de cooperação. O domínio teórico-metodológico de cada disciplina não interage com o de outras, sugerindo a inexistência de alguma organização ou coordenação entre os mesmos, que se posicionam num mesmo nível hierárquico, dando lugar à existência de vários objetivos e ao estudo do objeto sob diferentes perspetivas.

Japiassú refere que quando existe margem para algum tipo de interação e cooperação entre os diferentes conhecimentos disciplinares, estamos na presença de um trabalho que deixou



de ser multidisciplinar, para ser **pluridisciplinar**. Contudo, a pluridisciplinaridade exclui a existência de uma coordenação comum às várias disciplinas e estas mantêm-se num mesmo nível hierárquico. (Cf. Japiassú, 1976: 72-73)

Outra autora, Pombo (2004), “deixa cair” o conceito de multidisciplinaridade e utiliza apenas o de pluridisciplinaridade para se referir a “qualquer tipo de *associação* mínima entre duas ou mais disciplinas, associação esta que (...) supõe contudo algum esforço de *coordenação* (...). Conforme os casos, esse esforço poderá traduzir-se numa simples *colaboração* com vista à recolha de informações, na *análise conjunta* de um mesmo objeto, no *encontro pontual* para a resolução de um problema concreto, no *pôr em presença* de diversas disciplinas com o objetivo de esclarecer um mesmo objeto mas sem o desejo de encontrar imediatamente uma solução conjunta, etc.” (Pombo, 2004: 36)

Os autores citados tratam esta temática sob a perspetiva dos modelos de ensino e investigação e encontramos pontos de encontro nas definições que apresentam para o conceito de **interdisciplinaridade**.

Japiassú refere que a interdisciplinaridade pressupõe uma dinâmica efetiva de cooperação e diálogo entre as disciplinas do conhecimento, assim como uma organização e articulação coordenada da ação orientada por um interesse comum. Estamos na presença da interdisciplinaridade quando as disciplinas envolvidas incorporam resultados entre elas, partilham instrumentos e técnicas metodológicas, assim como partilham e integram esquemas conceituais que comparam e fazem convergir. Segundo o autor, o que distingue a interdisciplinaridade das duas anteriores formas de colaboração é a intensidade das trocas entre especialistas e o grau de integração real das disciplinas. (Cf. Japiassú, 1976: 73-75)



Percebemos no trabalho de Japiassú, que o trabalho interdisciplinar é uma construção que nada tem de linear, tendo o espaço interdisciplinar que ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares, e sendo necessário passar por graus sucessivos de cooperação e de coordenação crescentes até se alcançar a interdisciplinaridade. (Cf. Japiassú, 1976: 75) Trata-se, segundo o autor, de uma passagem gradual e ascendente do multidisciplinar e do pluridisciplinar ao interdisciplinar, que ascende da existência de abordagens paralelas de uma mesma realidade, à existência de permutas pontuais de informações entre especialistas, à ocorrência de colaborações não estruturadas, à integração apenas formal dos diferentes saberes, à definição de um objetivo comum à equipa ainda que abordado com enfoques e pontos de vista distintos e, finalmente, à fusão das abordagens profissionais. (Cf. Japiassú, 1976: 85-86)

Já Pombo entende a interdisciplinaridade como a *combinação* entre duas ou mais disciplinas com vista à compreensão de um objeto a partir da confluência de pontos de vista diferentes e tendo como objetivo final a elaboração de uma síntese relativamente ao objeto comum, implicando alguma *reorganização* dos processos de investigação e/ou ensino e supondo um *trabalho continuado* de cooperação ao nível da transposição de terminologias, tipos de discurso e argumentação, cooperação metodológica e instrumental, importação de conteúdos, problemas, exemplos, transferência de resultados e aplicações, etc. (Cf. Pombo, 2004: 37)

Japiassú acrescenta ainda que na interdisciplinaridade está em causa a existência de uma axiomática comum a um grupo de disciplinas, que norteia e orienta as ações das mesmas de forma interdisciplinar. Trata-se da existência de um nível hierárquico imediatamente

superior aos campos disciplinares que, introduzindo a noção de finalidade, procede à coordenação das ações disciplinares. (Cf. Japiassú, 1976: 74)

Para melhor ilustrar os conceitos de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, apresentamos de seguida dois esquemas figurativos que o autor apresenta na sua obra:

Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade

(Cf. Japiassú, 1976: 73-74)

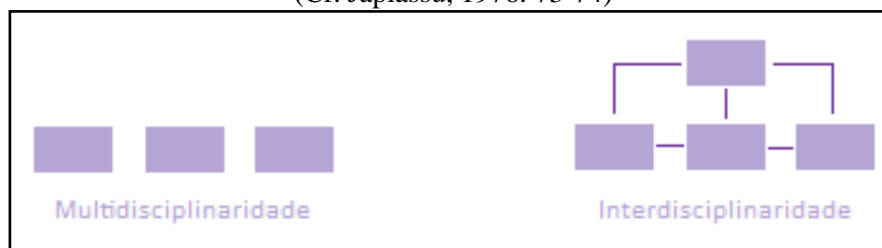


Figura n.º 1

Abramson e Bronstein (2008), aludindo ao contexto da intervenção social, apresentam a equipa interdisciplinar como um grupo de profissionais de diferentes disciplinas; com uma finalidade comum; que na tomada de decisão integra as várias perspetivas profissionais; que se caracteriza pela interdependência, coordenação e interação; que, pelo facto de se referirem à intervenção social, inclui o cliente/família no processo de tomada de decisão; com comunicação ativa; onde é feita uma divisão de papéis baseada no conhecimento de cada profissional; e onde se vive um clima de colaboração.

Finalmente, o conceito de **transdisciplinaridade**, é definido por Japiassú como um nível de integração disciplinar mais evoluído e que implica uma espécie de coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas de um mesmo sistema ou até de vários sistemas



interdisciplinares (Cf. Japiassú, 1976: 76). Pombo, entende que este conceito implica o nível máximo de integração disciplinar. “Tratar-se-ia então da *unificação* de disciplinas tendo por base a explicitação dos seus fundamentos comuns, a construção de uma linguagem comum, a identificação de estruturas e mecanismos comuns de compreensão do real, a formulação de uma visão unitária e sistemática de um sector mais ou menos alargado do saber.” (Pombo, 2004: 38)

Embora se tenha optado por fazer referência aos quatro conceitos atrás apresentados, interessa neste trabalho, explorar o de interdisciplinaridade, com enfoque na forma como é construída pelos profissionais que constituem as equipas da RNCCI. Não há dúvida de que a interdisciplinaridade é considerada essencial na lógica dos cuidados continuados integrados, sendo que o próprio Decreto-Lei que cria a RNCCI, define os conceitos de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, ainda que de forma sucinta, entendendo o primeiro como “a complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais” e o segundo como “a definição e assunção de objetivos comuns, orientadores das atuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados” (Decreto-Lei n.º 101/2006: artigo 3.º).

Estas breves conceções, definidas pela RNCCI, vão ao encontro do enquadramento dado por Japiassú (1976), Pombo (2004) e Abramson e Bronstein (2008), sendo que podemos afirmar que, apesar de algumas diferenças conceptuais, os vários contributos literários parecem estar de acordo quanto ao facto de a interdisciplinaridade implicar, mais do que a **presença de diferentes saberes disciplinares e profissionais**; uma **organização** norteadora (existência de uma axiomática comum que ocupa um nível hierárquico superior, introduzindo a noção de finalidade na coordenação da ação) que **coordene** e



conduza à definição de **objetivos comuns**, à **concertação da atuação**, à **integração das várias perspetivas profissionais na tomada de decisão**, mas também **das do cliente**; a **divisão de papéis baseada no conhecimento** de cada profissional; e uma dinâmica de **interdependência, interação, cooperação e diálogo** que pode levar à **transposição de metodologias e instrumentos** e à **importação de conteúdos** entre diferentes áreas do saber. Também parece ser indiscutível que o objetivo, e a vantagem, da interdisciplinaridade passa pela possibilidade de compreender o **objeto comum**, conciliando os pontos de vista das diversas especialidades, conseguindo uma melhor imagem da realidade e de como responder aos problemas que levanta.



Capítulo 2 - Interdisciplinaridade: da especialização à necessidade de uma abordagem holística

A interdisciplinaridade surge como exigência do progresso científico que se desencadeou no século XIX e conduziu à crescente fragmentação e especialização do conhecimento, com consequências que se estenderam às estruturas organizativas e às formas institucionais da ciência contemporânea, determinando a forma como vemos e nos relacionamos com a ciência e também os modos como se desenvolve e como é ensinada. (Cf. Pombo, 2004: 133) Aos cuidados de saúde, as equipas interdisciplinares chegaram pela primeira vez na década de 1940. (Cf. Abramson e Bronstein, 2008)

Sobre a especialização do conhecimento científico, Pombo (2004) diz que “é uma tendência que nada tem de accidental. Ao contrário, é expressão das exigências analíticas que caracterizam o desenvolvimento do conhecimento científico e são condição de possibilidade do próprio progresso do conhecimento em geral. (...) Favorece a delimitação precisa do objeto de investigação, o aumento do rigor e a profundidade da análise, reduz o campo da aprendizagem das metodologias e técnicas necessárias ao trabalho no interior de uma disciplina, facilita o domínio da bibliografia, restringe a dimensão das comunidades científicas permitindo um maior conhecimento mútuo dos investigadores de cada área de investigação, uma maior comunicação entre eles com a consequente facilitação da aferição dos conceitos técnicos necessários à construção teórica de cada disciplina e do estabelecimento de uma metodologia particular.

Porém, apesar de necessária, a especialização tem elevados custos. Entre eles, é comum



referir-se o fechamento dos cientistas nas fronteiras das suas disciplinas, a incapacidade para entender as outras disciplinas, as suas bibliografias, as suas linguagens, os seus resultados. Por outro lado, a fragmentação acarreta a constituição de linguagens especializadas, o que dificulta a sua tradutibilidade e, portanto, a fecundação mútua de umas investigações por outras. (...) Sem especialização, o progresso científico seria impossível. Mas a especialização esvazia de sentido o próprio projeto científico.” (Pombo, 2004: 133-134)

“É no contexto da Teoria dos Sistemas que surgem os programas interdisciplinares mais significativos. Refiram-se, em especial, os trabalhos de Bertalanffy, autor que identifica como primeiro objetivo da nova disciplina por si criada a integração das diversas ciências naturais e sociais. A Teoria dos Sistemas aparece assim como uma teoria geral da organização capaz de fazer face aos efeitos perversos da especialização da ciência moderna, ao enclausuramento das disciplinas e às suas dificuldades de comunicação. (...) Mais do que definir cada ciência pelo seu objeto de estudo, o que equivale a reforçar a sua especialização, à teoria dos sistemas importa portanto tentar compreender o que liga as várias ciências entre si, o que há de comum entre elas, o que nelas se cruza e transfere. Só assim ela estará em condições de fornecer instrumentos conceptuais utilizáveis pelas diversas disciplinas, ampliar os domínios de aplicação de métodos e modelos já provados numa ciência mas transferíveis para as outras, assinalar isomorfismos entre fenómenos



aparentemente diversos mas com afinidades profundas, identificar enfim princípios unificadores das ciências particulares.” (Cf. Bertalanffy¹ ; Cit. In Pombo, 2004: 43-44)

De facto, o todo não é igual à simples soma das partes e só uma compreensão interdisciplinar permite o conhecimento mais aprofundado do objeto comum, conciliando os pontos de vista das diversas especialidades, e alcançando assim uma melhor imagem da realidade e de como responder aos problemas que levanta.

O interesse nas equipas de trabalho ligadas aos serviços sociais e de saúde intensificou-se na década de 1980 e, atendendo ao crescente reconhecimento da natureza holística das necessidades da pessoa, tornou-se um assunto de destaque. Barr afirma que na origem do interesse e desenvolvimento das equipas interdisciplinares estiveram preocupações com áreas prioritárias como a redução da duplicação de serviços, a identificação de necessidades até aí não atendidas e uma maior coordenação dos serviços existentes com uma definição clara das responsabilidades. (Cf. Barr, 1997: 1005)

Pensando no contexto da RNCCI, a interdisciplinaridade significa poder fazer uma avaliação global da pessoa em situação de dependência, com o intuito de responder às suas necessidades, sejam elas de saúde ou de apoio psicossocial. Como refere Japiassú “a

¹ BERTALANFFY, Ludwig Von (1968), *General System Theory. Foundations, Development, Applications*.



pesquisa interdisciplinar faz apelo, pois, a diversos pesquisadores a fim de que, debruçando-se cada um sobre um mesmo problema, na linha da sua especialidade, decorra dos seus saberes reunidos e integrados um conhecimento mais completo e menos unilateral.” (Japiassú, 1976: 88) Tendo em conta que os problemas das pessoas em situação de dependência e das suas famílias assumem contornos tão complexos e diversificados, a necessidade de uma abordagem integrada da pessoa por especialistas que colaborem e conjuguem esforços e saberes, é absolutamente necessária para o sucesso da intervenção.



Capítulo 3 - Intervenção Interdisciplinar: limitações e desafios

3.1- Fatores influenciadores da interdisciplinaridade

Os vários autores apontam que o trabalho em equipa interdisciplinar apresenta vantagens inquestionáveis na área da saúde, contudo, são também concordantes quanto ao facto de a convivência entre especialistas conhecer inúmeras dificuldades.

A literatura sobre a interdisciplinaridade revela a concordância dos autores quanto aos fatores que a condicionam, que são de ordem profissional (aos quais conferimos particular relevância neste trabalho), pessoal e organizacional.

3.1.1- Fatores de ordem profissional

O termo profissão tem origem nas corporações da Idade Média, comunidades no seio das quais os seus elementos estavam ligados por laços morais e regras próprias relacionadas com o seu ofício ou profissão. O sentimento de pertença a uma corporação advinha de um compromisso com a mesma, que perdurava durante toda a vida do indivíduo, por quanto lhe atribuía o estatuto social que o distinguia das demais profissões. (Cf. Dubar, 1997: 123-126)

Dubar refere que a **socialização profissional** implica uma iniciação do indivíduo à cultura profissional e a sua conversão a uma nova identidade, que encerra ela mesma uma nova



conceção do *eu* e do *mundo*. Ao longo do processo de socialização, o indivíduo vai compreendendo o meio profissional e interagindo com outros, efetua uma série de escolhas de papéis e antecipa posições desejáveis. Deste modo, o indivíduo elabora para si uma identidade por identificação a um grupo de referência, que implica a aquisição de normas, valores e modelos de comportamento. (Cf. Dubar, 1997: 135-137) Esta identificação com os pares e o assumir de determinada “visão do mundo” parece ser, muitas vezes, um constrangimento à prática interprofissional.

Abramson e Bronstein (2008) dizem, a este respeito, que o impacto dos diferentes processos de socialização profissional é determinante mas muito raramente compreendido. Segundo as autoras, a socialização profissional transporta consigo valores, linguagem e formas de resolver os problemas, que estão muitas vezes na origem das discordâncias entre os membros da equipa. (Cf. Abramson e Bronstein, 2008)

Assim, alguns fatores de ordem profissional que condicionam a interdisciplinaridade estão associados ao atrito originado na discussão sobre o **status profissional**. “A sobreposição de papéis constitui, frequentemente, um desafio à colaboração profissional nos cuidados de saúde transversal às várias disciplinas. O domínio dos saberes disciplinares sobrepõe-se frequentemente ao trabalho interdisciplinar e os membros da equipa tendem a ver a sobreposição de papéis como problemática e uma fonte de conflito.” (Ellingson, 2002: 11) A este respeito, Mariano (1989) refere que a sobreposição de papéis, competências e responsabilidades, tem na origem a ambiguidade de papéis e preconceitos que os profissionais têm sobre si e sobre outras disciplinas. A ignorância sobre a base conceitual das profissões, a fraca comunicação interprofissional e a luta pela responsabilidade sobre a tarefa, reflete a disputa pelo estatuto profissional. De facto, “a autonomia, a socialização e



a formação profissional especializada leva muitos profissionais a acreditar que a sua disciplina é soberana. Consequentemente, poucos profissionais conhecem a prática, responsabilidades, e competências das outras disciplinas. ” (Mariano, 1989: 286) Os profissionais tendem, pois, a identificar-se com os colegas de profissão.

McCallin (2009) exemplifica que, “por exemplo, os Fisioterapeutas trabalham com base no modelo bio-psico-social da saúde, a prática dos médicos e farmacêuticos baseia-se no modelo bio-médico, os enfermeiros preferem o modelo bio-psico-socio-espiritual, os terapeutas ocupacionais valorizam uma abordagem holística do seu trabalho, enquanto o modelo psicossocial é a base da prática do Serviço Social. Cada modelo é sustentado em diferentes visões do mundo, tendo valor em si mesmo, em identidades profissionais, e têm impacto na forma de pensar e no potencial da colaboração.” (McCallin, 2009: 63) O desconhecimento das abordagens conceptuais de cada profissão dificulta o diálogo interprofissional devido às diferentes *linguagens* em causa.

Referindo-se aos obstáculos ao empreendimento do trabalho interdisciplinar, Japiassú faz referência ao facto de apesar de os profissionais participarem numa obra comum, os métodos e modos de pensamento diferem, sendo a diferença na elaboração concetual, relacionada com a formação profissional, a que constitui maior dificuldade para os intervenientes. (Cf. Japiassú, 1976, 91)

Também num estudo sobre a colaboração profissional entre Assistentes Sociais e Médicos, Abramson e Mizrahi (1996) verificaram que os dois grupos profissionais divergiram no que respeita aos aspetos da colaboração considerados mais relevantes. Assim, enquanto os Assistentes Sociais enfatizaram a sua interação com os médicos, estes referiram a



competência daqueles como mais importante do que fatores interacionais, o que torna evidente as diferenças de modelos de intervenção e de experiências de socialização profissional. (Cf. Abramson e Mizrahi, 1996: 278) Segundo as autoras, os Médicos têm poder e um *status* elevado, pelo que, normalmente, não sentem necessidade nem estão motivados para trabalhar em colaboração com os Assistentes Sociais, que estão motivados para reforçar o seu papel na prestação de cuidados e empenhados em ter voz-ativa na tomada de decisão (Abramson & Mizrahi, 1986: 2).

Sobre este assunto, Barr (1997) introduz o facto de a necessidade de manter a identidade, o *status* e a autoridade profissional poder levar a que os membros da equipa deixem de se empenhar no desenvolvimento de projetos inovadores e interdependentes, insistindo no desenvolvimento de processos de decisão rígidos e complexos, em nome do trabalho de equipa eficaz, mas com a tentativa de manter a anterior e tradicional estrutura hierárquica, muitas vezes associada ao modelo bio-médico. (Cf. Barr, 1997: 1007)

Assim, citando Ducanis Golin², Mariano reforça que se a clarificação de papéis dos vários elementos da equipa interdisciplinar é indispensável e realizável através do esclarecimento

² DUCANIS, A. J., and GOLIN, A. K. (1979), *The interdisciplinary Health Care Team: A Hand-book*. Germantown. MD. Aspen Publishers.



sobre as expectativas de cada profissional, da identificação das competências próprias de cada um, da exploração de responsabilidades sobrepostas e da negociação da transferência de papéis; não menos importante é um conhecimento aprofundado da própria disciplina, que dê aos profissionais a segurança e competência profissional para comunicar os pontos fortes, limitações e contribuições que a mesma pode ter para o todo. (Cf. Ducanis Golin; Cit. In Mariano, 1989: 286-287)

Neste sentido, também Japiassú menciona que “para que as pesquisas interdisciplinares possam progredir com êxito, é preciso que os especialistas estejam bastante seguros, não do estado de acabamento das suas disciplinas, mas dos *métodos* que empregam, para que possam confrontar os seus *resultados* com os de outras especialidades.” (Japiassú, 1976: 104-105) O autor refere ainda uma exigência que considera indissociável da anterior no desenvolvimento do trabalho interdisciplinar: “o reconhecimento, por cada especialista, do *caráter parcial e relativo* da sua própria disciplina, do seu enfoque, cujo ponto de vista é sempre particular e restritivo.” (Japiassú, 1976: 105) Para tal, o autor defende que é necessário que os especialistas se familiarizem com as disciplinas dos outros profissionais, não se tratando, como refere, de ser-se especialista em duas ou mais ciências, mas sim de estar sensível aos desenvolvimentos científicos produzidos nas áreas do saber que influenciam o seu campo de intervenção. (Cf. Japiassú, 1976: 105)

McCallin (2009) refere que, curiosamente, os profissionais com uma visão clara da própria identidade profissional, são mais recetivos a diferentes pontos de vista. (Cf. McCallin, 2009: 63). “A segurança na própria disciplina permite a cada membro ter a liberdade necessária para ser verdadeiramente interdisciplinar.” (Mariano, 1989: 286) Essa segurança disciplinar facilita a atitude de abdicar de um certo grau de autonomia em função do



desempenho da equipa, sem com isso sentir perda de *status* profissional.

O equilíbrio tem que ser negociado entre a necessidade de colaboração para alcançar os objetivos da equipa e a necessidade das diferentes disciplinas manterem as suas fronteiras. (Cf. Ellingson, 2002: 11) Japiassú reforça mesmo que “uma exigência essencial se impõe: é indispensável que a interdisciplinaridade esteja fundada sobre a *competência* de cada especialista. O avanço da teorização interdisciplinar exige o domínio seguro das exigências epistemológicas e metodológicas comuns a todo o conhecimento, bem como dos aspetos específicos e particulares das disciplinas humanas.” (Japiassú, 1976: 104)

Barr (1997), amplia a discussão ao fazer referência à divergência dos **significados atribuídos a um mesmo conceito** pelos diferentes profissionais. Segundo o autor, o uso de palavras como colaboração, *advocacy*, *empowerment*, assertividade, entre outros, sem uma discussão prévia e um consenso teórico, com a convicção de que todos os membros da equipa fazem deles a mesma interpretação, leva a que quando é necessário tomar decisões complexas sobre questões como o grau de envolvimento do cliente nos serviços prestados, surjam diferentes abordagens. Essas divergências resultam do uso de diferentes palavras e códigos de linguagem para descrever a mesma situação, resultado dos valores pessoais, dos modelos de intervenção profissional (conforme exemplificámos atrás), crenças, conhecimentos, experiência e habilidades de cada um. Barr, defende que a discussão sobre as diferentes interpretações pode resultar na exploração produtiva de conceitos e no entendimento acordado dos mesmos para todos os elementos da equipa, evitando conflitos camuflados ou comportamentos defensivos. (Cf. Barr, 1997: 1007-1008)

Torna-se relevante trazer para este contexto, o contributo de Pinho (2006) que faz



referência ao risco de, dentro da equipa, um discurso particular se tornar dominante em detrimento de outro, o que pode traduzir-se num modo de controlo e poder sobre as outras áreas profissionais. (Cf. Pinho, 2006: 71)

Segundo Mariano (1989), o conflito surge também da **diferença de valores**. “Quando membros da equipa têm valores diferentes ou, tendo os mesmos valores, discordam sobre como devem ser operacionalizados, o conflito pode agravar-se, tornar-se pessoal e emocional, e assim difícil de resolver. Esses valores, que muitas vezes provêm de filosofias diferentes, crenças religiosas, ou estão relacionados com a socialização profissional, precisam ser discutidos aberta e construtivamente. Se a confiança dentro da equipa não tiver sido suficientemente desenvolvida, como muitas vezes acontece com equipas recém-formadas, as diferenças de valores não são comunicadas e isso subverte a obtenção do consenso e propósito comum.” (Mariano, 1989: 286)

Os processos de **tomada de decisão**, pela importância que assumem, são reveladores do carácter de interdisciplinaridade que as equipas profissionais assumem. “Uma eficaz tomada de decisão pela equipa inclui: uma explícita definição do problema, clareza relativamente às funções de cada membro e envolvimento na decisão, a existência de dados suficientes e relevantes sobre o problema, opções e alternativas de resolução, estudo das várias alternativas, compromisso com a ação e atribuição de responsabilidades específicas.” (Mariano, 1989: 287) Segundo Mariano (1989), a existência de um ambiente de respeito pelas contribuições e conhecimento de cada saber disciplinar, a prática do feedback construtivo e a responsabilidade partilhada pelos resultados, facilita a tomada de decisão conjunta pela equipa. Não tendo o consenso que ser uma decisão unânime, deve garantir que todos os profissionais têm igualdade de oportunidade para influenciar a



deliberação da equipa. (Cf. Mariano, 1989: 287)

A gestão desadequada do processo de tomada de decisão, leva muitas vezes a que se tomem decisões erradas, pelo que é fundamental ter em conta alguns fatores de risco: falta de clareza sobre o problema, falta de clareza sobre o papel que cada pessoa tem no processo, informação insuficiente levando à adoção de uma alternativa como se fosse a única, desvalorização de prazos, inexistência de compromisso para a ação e falta de acordo quanto a responsabilidades de cada elemento da equipa. A conjugação destes fatores leva à frustração e ao desinteresse dos profissionais, que voltam a adotar a estratégia de tomada de decisão autónoma, prolongando o ciclo de duplicação de papéis, lacunas e fragmentação. (Cf. Mariano, 1989: 287)

Apesar do reconhecimento das vantagens da interdisciplinaridade na prestação de cuidados pelos profissionais e pelas equipas, dos esforços empreendidos nesse sentido, e da mais-valia verificada do modelo colaborativo como facilitador da prática interdisciplinar, Pombo (2004) sublinha que “(...) a interdisciplinaridade é sempre um cruzamento disciplinar *cauteloso*. Os participantes não abdicam dos seus privilégios territoriais, das suas fronteiras disciplinares no interior das quais se sentem seguros de uma qualquer competência científica. Aceitam partilhar paradigmas, conceitos, metodologias, mas nunca ao ponto de diluir os objetos de que vivem. A cautela interdisciplinar é portanto mais corporativa do que cognitiva. Poderíamos mesmo falar de um quase *recalcamento coletivo* da questão da disciplinarização do conhecimento. Todas as disciplinas se podem cruzar, mas ninguém discute o fundamento da disciplina.” (Pombo, 2004: 160) Está em causa o controlo sobre a tarefa e a necessidade de preservação da responsabilidade pelo campo de intervenção como garante do *status* e do poder profissional.



3.1.2- Fatores de ordem pessoal

Também estão em jogo fatores relacionados com o **perfil pessoal de cada pessoa**, quer do domínio das relações interpessoais, como aptidões comunicacionais, aptidão para o trabalho em grupo, para a resolução de problemas; quer do domínio afetivo e das atitudes, como a flexibilidade, a tolerância, o saber ouvir e falar. McCallin e Banford (2007) afirmam que, de facto, as diferenças de personalidade têm um efeito significativo no trabalho em equipa. (Cf. McCallin e Banford, 2007:387)

A este respeito, e no âmbito de um estudo sobre as equipas interdisciplinares na RNCCI, Barroso (2010) diz que “(...) mais do que a diversidade de culturas disciplinares, a especificidade dos traços de personalidade de cada membro da equipa podem constituir obstáculos à prossecução de uma efetiva colaboração entre si. (...) A eventual dificuldade em expressar-se, a possível timidez ou inibição sentida pelo profissional, ou outros traços de personalidade, podem obstaculizar uma comunicação clara e/ou o desenvolvimento de uma linguagem comum (...)”. (Barroso, 2010: 67-68)

A inteligência emocional é apontada por McCallin e Banford (2007) como determinante para a eficácia da equipa. Segundo as autoras, quando estão em presença competências interpessoais baixas como comportamentos conflituosos, a sabotagem e o uso de táticas de poder coercivo, estas traduzem-se num baixo nível de inteligência emocional. Ter na equipa um membro com um QI elevado não é, pois, suficiente, particularmente se essa pessoa é socialmente inapta. (Cf. McCallin e Banford, 2007: 388)



As mesmas autoras defendem que da inteligência emocional dos membros da equipa, depende o sentimento de segurança interprofissional que se desenvolve e que é essencial no funcionamento e desenvolvimento da mesma. “O estabelecimento de alianças com outras disciplinas é invulgar, mesmo arriscado, especialmente quando algumas profissões têm uma longa história de atitudes autoritárias para com outras profissões da área da saúde, que estão pouco habituados a vê-los como verdadeiros parceiros na prática profissional. Certamente, as dinâmicas disciplinares de longa data, por exemplo, entre a medicina e a enfermagem, afetaram o clima emocional da prática e a aptidão individual para trabalhar com segurança em equipa. (...) As tensões são subtis.” (McCallin e Banford, 2007: 389)

“A eficácia da equipa aumenta quando os seus membros se sentem emocionalmente seguros entre si. Nestes casos, os indivíduos dão e recebem contributos uns dos outros sem hesitação ou receio, pondo de lado atitudes de defesa pessoal e juízos de valor, no melhor interesse do utente. A comunicação é direta ao assunto.” (McCallin e Banford, 2007: 389)

Contudo, em determinados momentos, os elementos da equipa mais vulneráveis podem sentir necessidade de *lutar* para defender a competência profissional e linhas mais específicas de pensamento, respondendo com ansiedade e de forma defensiva. Atendendo ao facto de que a perceção da segurança emocional é individual, as autoras referem que a segurança aumenta quando os profissionais aceitam que ninguém é detentor de todas as respostas. A segurança interprofissional desenvolve-se melhor quando os indivíduos usam a inteligência emocional para considerar pontos de vista alternativos e reconhecer o valor das diferentes contribuições disciplinares no atendimento das necessidades das pessoas. (Cf. McCallin e Banford, 2007: 389)



Não obstante, e como Pinho (2006) afirma, as diferenças de opinião e o conflito dentro de uma equipa com profissionais de áreas diferentes são inevitáveis, mas também desejáveis para promover o crescimento e desenvolvimento da equipa, a inovação e a solução de problemas de forma criativa. O êxito obtido na confrontação e resolução das diferenças promove o aumento da confiança e compreensão entre os membros da equipa. (Cf. Pinho, 2006: 73)

3.1.3- Fatores de ordem organizacional

Por último, há que referir alguns **aspetos de carácter organizacional** que condicionam o funcionamento e desenvolvimento das equipas interdisciplinares. Na perspetiva de Mariano (1989), são eles o tempo, espaço, suporte, relevância, legitimação, motivação positiva, e recompensa.

Segundo a autora, as equipas precisam de tempo para troca de informações, partilha de ideias, planeamento, discussão, tomada antecipada de decisões e resolução de problemas. Por outro lado, o espaço e proximidade física entre elementos da equipa, apesar de nem sempre devidamente valorizado, têm um imenso efeito sobre os indivíduos, e sobre a perceção da equipa, do seu valor, aceitação e importância na organização e a assistência à equipa, no que respeita a recursos financeiros e serviços de apoio é, segundo a autora, um reflexo importante do compromisso organizacional. A legitimação da atividade da equipa interdisciplinar faz-se através do entendimento da mesma enquanto parte integrante da autoridade formal, da comunicação e estrutura de decisão política da organização. Também o sistema de recompensas e sanções da organização assume um papel significativo para o sucesso da equipa. «Se o trabalho e o esforço da equipa não é recompensado de alguma



forma, o sistema simplesmente não funcionará».” (Mariano, 1989: 287-288)

De facto, em todas as dimensões do trabalho em equipa interdisciplinar, a comunicação assume um papel de extrema relevância. A partilha de ideias, conhecimento, discordâncias, a negociação, a formação da equipa, só são possíveis num clima de abertura e respeito que permita a todos que expressem opiniões e sentimentos, e constituem condição para o funcionamento eficaz da equipa. (Cf. Mariano, 1989: 287)

3.2- O modelo colaborativo

McCallin (2009) refere que aprender a trabalhar em colaboração com profissionais de outras áreas, que têm diferentes pontos de vista, é um desafio que, mais do que competência técnica, requer interações eficazes, perícia dentro da equipa, competências específicas de colaboração como a capacidade para comunicar eficazmente com os profissionais de outras disciplinas, para resolver problemas, conflitos, aceitar diferenças, e para fazer planos de cuidados em conjunto, para o que algumas profissões estão mais bem preparadas do que outras. (McCallin, 2009; 61-62)

No desenvolvimento das equipas interdisciplinares na área da Saúde, McCallin (2009) destaca a prática colaborativa ao afirmar que “(...) já não é uma opção: é um pré-requisito básico para uma prática eficaz e cuidados de qualidade.” (McCallin, 2009: 61) Também Pinho (2006) enfatiza a importância do **modelo colaborativo**, referindo que implica a existência de uma cultura de confiança, crenças e atitudes comuns, *empowering* dos membros da equipa, reuniões para gestão da equipa e feedback sobre o funcionamento da mesma. (Cf. Pinho, 2006: 73-74)



A ideia de uma liderança partilhada dentro da equipa interdisciplinar, é apresentada por Mariano (1989) como uma forma eficaz de gerir decisões, propondo que a liderança seja assumida pelos diferentes profissionais da equipa, conforme as necessidades e os processos em causa (Cf. Mariano, 1989: 287). A este respeito, McCallin (2009) afirma que “liderança partilhada é diferente da tradicional liderança posicional em que o líder de serviço assume a responsabilidade geral pelo atendimento ao utente, ainda que com pouco controlo sobre os contributos dos colegas. (...) O trabalho de equipa colaborativo será mais bem sucedido se todos perceberem que na liderança partilhada ninguém tem todas as respostas, e todos são responsáveis pela natureza e qualidade da colaboração.” (McCallin, 2009: 63-64)

McCallin, acrescenta ainda o papel fundamental do coordenador da equipa, dizendo que “a liderança partilhada funciona melhor quando a equipa de especialistas é coordenada. Normalmente, o líder da equipa e o coordenador não são a mesma pessoa. O papel de coordenação é absolutamente fundamental. O coordenador da equipa não apenas coordena a ação da equipa mas apoia os colegas no desenvolvimento das competências de colaboração. Ter a capacidade para apoiar os colegas de outras profissões na arte da negociação, na gestão de conflitos e da mudança, é um desafio.” (MaCallin, 2009: 64)



Brown (2000)³ destaca ainda que a eficácia e coordenação da equipa depende da existência de um mecanismo de troca de informação que ocorra com regularidade temporal, disponha de espaço para o efeito, inclua um sistema de registo eficaz, e da existência de fóruns regulares para discussão de casos (utentes) e para avaliação da função e desenvolvimento da equipa, assim como para relatar problemas interpessoais. (Cf. Brown, 2000; Cit. In Pinho, 2006: 73)

Abramson e Mizrahi (1996) afirmam que a formação dos profissionais deve focar-se mais nas competências interacionais, na medida em que estas fazem parte da formação dos profissionais mas direcionadas mais para a relação com os utentes do que propriamente com os colegas. (Cf. Abramson e Mizrahi, 1996: 278)

Por fim, torna-se pertinente o contributo de Japiassú que refere que além das dificuldades colocadas pela interdisciplinaridade, a colaboração interprofissional lança o desafio do diálogo, da integração e das permutas recíprocas que deviam elaborar-se acima das fronteiras convencionadas das disciplinas científicas, cujas linguagens já são muito especializadas. (Cf. Japiassú, 1976: 92) Assim, o autor considera que o desafio da colaboração interdisciplinar consiste na procura de uma linguagem comum aos diferentes

³ BROWN, B.; CRAWFORD, P.; DARONGKAMAS, J. (2000). Blurred roles and permeable boundaries: the experience of multidisciplinary working in community mental health. *Health Soc. Care Comm.*, 8, 425-435.



profissionais, embora adiante também que esta é uma tarefa árdua, na medida em que "não se trata apenas de formular definições, mas também, e sobretudo, de ressaltar todas as vicissitudes dos conceitos através da diversidade do espaço epistemológico e segundo a renovação contínua das estruturas mentais." (Japiassú, 1976: 97-98)



PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO



Capítulo 4 – Desenho e estratégia de investigação empírica

4.1- Problemática, questões e objetivos de investigação

Existe já uma vasta literatura sobre a interdisciplinaridade, com origem em áreas profissionais tão diversas como o Serviço Social, a Enfermagem, a Psicologia Social, a Fisioterapia, a Comunicação, Estudos Culturais, modelos de ensino e pesquisa científica, entre outros; estudos estes que parecem existir mais amplamente nos Estados Unidos da América, no Brasil, no Reino Unido e na Nova Zelândia.

Apesar de em Portugal a investigação sobre a interdisciplinaridade não ser tão evidente como noutros países, o surgimento da RNCCI coloca este tema na ordem do dia, pela relevância que lhe confere na prestação de cuidados integrados de qualidade às pessoas em situação de dependência.

As motivações e interpelações relacionadas com a experiência advinda da prática profissional no contexto de uma Unidade de Internamento da RNCCI, assim como os contributos da revisão de literatura efetuada, conduziram à elaboração da seguinte **questão central de investigação**, em torno da qual se desenvolveu o presente trabalho:

Como se constrói a interdisciplinaridade como modelo de intervenção no contexto da RNCCI?



Embora a literatura aponte algumas pistas para responder às dificuldades associadas às equipas constituídas por profissionais de áreas diferentes, é perceptível a complexidade do desafio que conjuga fatores sistémicos, interacionais e profissionais. As equipas da RNCCI não são isentas deste desafio, e num contexto em que à interdisciplinaridade é dado o carácter de indispensabilidade, é a própria Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados que se refere à ainda fraca multidisciplinaridade, partilha e cruzamento de saberes dentro das equipas das unidades de internamento (Cf. UMCCI, 2010-C).

Desta forma, a compreensão das dinâmicas inerentes à interdisciplinaridade, das motivações dos profissionais e das resistências a essa mesma construção, constituiu um desafio que deu forma a este projeto de investigação esperando pôr em evidência a perspetiva dos atores profissionais, compreender esta temática através do seu olhar e captando os significados que atribuem à realidade que os envolve. Deste modo, elaboraram-se as seguintes **questões específicas de investigação**:

- Qual a perceção que os profissionais têm da interdisciplinaridade?
- Qual a perceção que os profissionais têm do próprio papel e do papel dos outros profissionais, dentro da equipa?
- Que fatores de carácter profissional influenciam o trabalho interdisciplinar?
- Qual o nível de satisfação dos profissionais da RNCCI com o desempenho da própria equipa?

Com o intuito de responder e aprofundar as questões levantadas, mas também de sistematizar o raciocínio inerente ao processo de investigação, definiram-se os seguintes



objetivos da investigação que orientaram o curso do trabalho de investigação:

- Compreender e descrever a perceção que os profissionais têm da interdisciplinaridade;
- Compreender e descrever a perceção que os profissionais têm do próprio papel e do dos outros profissionais, dentro da equipa;
- Identificar os fatores de carácter profissional que influenciam e potenciam o trabalho interdisciplinar;
- Avaliar o nível de satisfação dos profissionais da RNCCI com o desempenho da própria equipa.

4.2 – Natureza e Estratégias de Investigação

Tendo em conta as questões e objetivos definidos, a presente investigação, assume uma natureza qualitativa, exploratória, descritiva e compreensiva, com perfil espaço-temporal centrado no presente, no âmbito da RNCCI. No desenvolvimento da mesma utilizaram-se as estratégias de investigação indutiva e abductiva, na perspetiva apresentada por Norman Bkaikie em *Designing Social Research*.

A **estratégia indutiva** baseia-se na acumulação de dados baseada numa prévia seleção de conceitos significativos para a investigação que se pretende desenvolver; na indução de generalizações a partir dos dados recolhidos; e na confirmação dos mesmos dados.

O recurso a esta estratégia permitiu explorar e descrever os fatores de carácter profissional que condicionam e potenciam o trabalho interdisciplinar, assim como avaliar o nível de satisfação dos profissionais da RNCCI com o desempenho da própria equipa. A lógica



inerente às dinâmicas interdisciplinares desenvolvida ao longo da presente investigação, apresenta-se assim como uma teoria enraizada, passível de generalização a outros contextos similares, sendo ela mesma uma explicação padrão dos fatores que estão envolvidos e influenciam a interdisciplinaridade no contexto da RNCCI.

A **abordagem abductiva** refere-se ao processo a partir do qual o relato dos atores sociais e a interpretação da vida social se transforma em relatos sociais científicos. A estratégia abductiva é usada nas ciências sociais e entende a realidade social enquanto construção social dos atores, sendo por isso um mundo simbólico de significados e interpretações. Assim, baseia-se na descrição das atividades sociais e dos significados que lhes são atribuídos; e na elaboração de categorias e conceitos explicativos da problemática em causa.

Através desta abordagem foi possível compreender e descrever os significados objetivos e subjetivos atribuídos pelos profissionais ao conceito de interdisciplinaridade, mas também ao papel desempenhado na equipa pelos próprios e pelos outros membros. A análise dos discursos dos atores sociais sobre a perceção que têm da interdisciplinaridade permitiu captar a sua perceção sobre a mesma e sobre o seu impacto nas relações interprofissionais.

4.3 – Opção Metodológica e Amostra

4.3.1- Abordagem Etnográfica

Atendendo aos objetivos definidos para esta investigação e à intenção de compreender a interdisciplinaridade no contexto das equipas interdisciplinares da RNCCI assim como a



forma como os processos de socialização profissional influenciam as dinâmicas inerentes à mesma, optou-se pela utilização de uma abordagem etnográfica, considerando-se que potenciaria largamente a captação de dinâmicas relacionais e seus significados para os atores, permitindo desenvolver uma teoria enraizada.

Segundo Caria (2002) “a etnografia supõe um período prolongado de permanência no terreno, cuja vivência é materializada no diário de campo, e em que o instrumento principal da recolha de dados é a própria pessoa do investigador, através de um procedimento geralmente designado por observação participante.” (Caria, 2002: 12) Deste modo, pretendia-se apreender o quotidiano tendo como referência não as representações sociais ou racionalidades importadas do exterior, mas sim a referência dos sujeitos «nativos». (Cf. Caria, 2002: 14)

Assim, numa perspetiva de triangulação metodológica, definiram-se como métodos de recolha de dados a observação participante e a entrevista etnográfica. Deste modo, pretendeu-se criar as condições necessárias a um melhor enraizamento do conhecimento, na medida em que se ampliam sistematicamente as possibilidades de produção de conhecimento. (Cf. Flick, 2005: 231)

Observação

Segundo Flick (2005), a observação implica a perceção visual, mas também a auditiva, táctil e olfativa. (Cf. Flick, 2005: 138) Através deste método pretende-se o mergulho profundo no terreno de investigação, com o intuito de observar a interação humana e assim compreender os significados atribuídos pelos atores sociais aos processos que se



pretendem observar. Interessa aqui, assumir uma participação moderada no campo, conseguindo por um lado estabelecer uma relação favorável aos objetivos da investigação, mas evitando, por outro, que o tempo disponível para o trabalho no terreno se esgote na participação em detrimento da observação. (Cf. Bogdan, 1994: 125-128)

Indubitavelmente, uma das riquezas da abordagem etnográfica, passa pelo facto de implicar a observação da prática e não só a análise dos discursos sobre a prática. Assim, através da observação participante, procurou-se mergulhar no terreno na ótica dos atores sociais nativos, na medida em que esta investigação interessou-se desde o início no conhecimento da realidade na perspectiva dos seus sujeitos. Durante o período de pesquisa empírica, foram realizados seis momentos distintos de observação que abrangeram a presença em reuniões de equipa interdisciplinar, a observação de interações profissionais dentro da equipa e a observação de algumas práticas da Assistente Social.

Atendendo às limitações de tempo para a realização da observação, procurou-se que esta técnica de recolha de dados fosse aplicada sobretudo aos momentos de reunião de equipa, por ser o contexto onde o acesso às interações entre os elementos da equipa interdisciplinar estava facilitado. Importa também referir que os constrangimentos sentidos ao nível do tempo, se refletiram ainda na dificuldade sentida pela investigadora, no que respeita a tornar-se sujeito nativo, de forma a ver as particularidades do que é quotidiano no campo. (Cf. Flick, 2005: 144) Essas, foram apesar de tudo atenuadas pelo facto de se tratar um contexto organizacional com o qual havia familiaridade, devido à experiência profissional numa Unidade com características semelhantes, o que facilitou o estabelecimento de uma relação empática com a maioria dos atores sociais.



Entrevista Etnográfica

Na perspetiva de Flick (2005: 93), a entrevista etnográfica consiste numa conversa que, não sendo completamente informal, pode acontecer de modo espontâneo. Trata-se de uma entrevista menos estruturada, complementada pela observação das práticas.

Spradley (1979), que no contexto dos estudos etnográficos, refere-se ao entrevistado como *Informante*, definindo-o como um nativo envolvido na sua própria linguagem e dialeto que constitui um recurso de informação para o investigador. (Cf. Spradley, 1979: 25) Também este autor refere que a entrevista etnográfica tem características que se assemelham às de conversas amigáveis e espontâneas, nas quais o investigador vai introduzindo progressivamente novos elementos e conceitos que levam os informantes a responder espontaneamente. O autor alerta, no entanto, o investigador, dizendo que o uso exclusivo desses elementos e conceitos ou a sua introdução demasiado rápida, pode transformar a entrevista num interrogatório formal, correndo o risco de o informante deixar de colaborar. (Cf. Spradley, 1979: 58-59)

Não obstante alguma espontaneidade que a caracteriza, Spradley afirma que a entrevista etnográfica tem, pois, um propósito e uma direção, que devem ser explicadas ao informante na primeira entrevista, e recordados nos encontros seguintes. Também devem ser dadas ao informante algumas explicações sobre a razão de se estar a desenvolver um estudo etnográfico, dos objetivos que se pretendem alcançar com essa opção, e encorajando o informante a falar na sua própria linguagem ou dialeto e a utilizar no seu discurso os termos próprios da sua cultura e a esclarecer o seu significado. (Cf. Spradley, 1979: 59-60) Spradley (1979) chega mesmo a afirmar que os informantes constituem eles



mesmos um modelo a imitar pelo investigador e são um recurso para obtenção de informação, tornando-se literalmente professores do investigador (etnógrafo). (Cf. Spradley, 1979: 25)

No entanto, sem prejuízo da riqueza dos dados obtidos na pesquisa empírica, e como já foi dito anteriormente, o período temporal disponível para a presença no campo não se coadunou com o requerido por uma abordagem etnográfica nos termos definidos pela literatura. O pressuposto de que se possam transformar as oportunidades, mais ou menos espontâneas, de conversas entre o investigador e os informantes, não foi possível de concretizar no decurso desta investigação. Tal empreendimento implicaria um intervalo temporal destinado à pesquisa de campo superior ao que de facto existiu, de forma a permitir uma presença mais regular do investigador no campo, que certamente facilitaria uma integração mais gradual e efetiva nas dinâmicas da equipa que constituiu a amostra.

Assim, foi elaborado um guião de entrevista semi-estruturada, constituído por um conjunto de questões relacionadas com os conceitos-chave elaborados a partir quer da revisão da literatura, quer da perceção da investigadora relacionada com o a experiência da problemática em causa em contexto da prática profissional. Procurou-se que as perguntas fossem descritivas e estruturais, numa perspetiva etnográfica, propícias a que os informantes revelassem o modo como racionalizam os conteúdos em causa.

As entrevistas foram previamente agendadas com os cinco informantes, mediante um pedido prévio, derivado do tema da investigação; sendo que antes do início das mesmas, foi dada aos informantes uma breve explicação sobre a investigação em curso e pedido o consentimento dos mesmos para a gravação das mesmas; por fim, foi dada a oportunidade



aos informantes de colocarem questões e de acrescentarem alguma ideia que considerassem importante, o que aconteceu no final da entrevista.

A entrevista assumiu neste estudo uma relevância de destaque, tendo mesmo sido a técnica de recolha de dados que permitiu maior abrangência de significados.

Diário de Campo

O diário de campo possibilita a emergência de um relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa ao longo do processo de recolha de dados. O registo de notas detalhadas, precisas e extensivas constituem um suplemento importante aos outros métodos, na medida em que permitem assinalar sentidos, impressões e comentários do investigador, experimentados durante o contacto com o campo ou com o entrevistado. (Cf. Bogdan, 1994: 150-151) Durante o processo de recolha de dados, foram elaborados alguns memorandos que, em conjunto com os registos de observação – contemplando notas descritivas e notas interpretativas - constituíram o diário de campo durante a permanência no campo, mas também na fase de tratamento dos dados.

4.3.2- Amostra

Como refere Flick (2005), a possibilidade de generalização dos resultados de uma investigação, depende das estratégias utilizadas na seleção da amostra. Contudo, interessa mencionar que atendendo ao tempo e recursos disponíveis na realização do presente estudo, a possibilidade de acesso ao campo se sobrepôs à estratégia de amostragem.



Assim, a investigação empírica decorreu numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação da RNCCI, tendo sido estabelecido como único critério de seleção a localização fora do distrito de Lisboa para excluir a possibilidade de ser estabelecido contacto com profissionais ou entidades pertencentes ao círculo de articulação profissional da investigadora. Assim, foram feitos alguns contactos telefónicos com várias Unidades pertencentes aos distritos fronteiriços com Lisboa, tendo a escolha caído sobre aquela que mais celeremente aceitou colaborar na presente investigação, pelo que o campo foi escolhido mediante um critério de conveniência.

A amostra dos sujeitos a entrevistar foi estabelecida na tentativa de obter uma variação máxima na amplitude dos dados, pelo que se seleccionaram os cinco profissionais com quem houve mais contacto durante a permanência no campo, tendo sido garantida a inclusão de quatro áreas profissionais distintas.

4.3.3- Considerações Éticas

Aos profissionais que participaram na investigação, foi apresentado o propósito da presença da investigadora no campo, assim como as linhas gerais do trabalho em curso. A todos foi entregue um Consentimento Informado (Apêndice A) sobre o objetivo da investigação, a previsão do período de permanência no campo e as questões éticas com as quais a investigadora se comprometeu.



Capítulo 5 – Análise e Interpretação dos Dados

5.1 - Grounded Theory

No presente estudo adotou-se como modelo de investigação a Grounded Theory, proposta pela primeira vez por Glaser e Strauss (1967) através da obra “The discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research”.

Este modelo de investigação concentra-se na construção da teoria, e não na sua verificação, através de uma estreita ligação entre teoria e realidade estudada, processo no qual o investigador assume um papel interpretativo ao longo de todo o processo e estabelece relações entre conceitos e conjuntos de conceitos. “A teoria é descoberta, desenvolvida, e provisoriamente verificada através da recolha sistemática de dados e a análise dos mesmos”. (Strauss e Corbin, 1990: 23)

Nesta perspetiva, a teoria assume um carácter provisório, exigindo do investigador uma atitude permanente de abertura a novas interpretações, conceitos e significados, e em que a valorização das condições contextuais em que os fenómenos ocorrem é também importante. Além da interpretação, a “criatividade é também uma componente vital na Grounded Theory. Os seus procedimentos levam o investigador a abandonar suposições e a criar uma nova ordem descolada da antiga. A criatividade manifesta-se na aptidão do investigador para definir convenientemente as categorias.” (Strauss e Corbin, 1990: 27)

Do investigador espera-se uma particular sensibilidade teórica que lhe permita percecionar



os significados mais subtis revelados pelos dados, a qual pode ter origem na revisão de literatura, na experiência profissional ou pessoal, mas também resulta do processo de análise dos dados, ao longo do qual o investigador vai questionando os próprio dados, fazendo comparações e desenvolvendo categorias concetuais que relaciona entre si. Este processo permite uma aproximação aos dados que viabiliza a compreensão dos fenómenos em estudo e da realidade em torno deles.

De acordo com esta abordagem, as questões de investigação definidas no início do processo de investigação, vão evoluindo à medida que a investigação evolui, fruto dos questionamentos que os próprios resultados levantam. A amostra é teórica e não tem que ser selecionada na íntegra previamente, podendo ser definida em função dos conceitos que vão surgindo durante a análise. A amostra teórica tem também um carácter cumulativo, isto é, os conceitos e a relação que se estabelece entre eles acumulam-se durante a interação entre a recolha e a análise de dados, até que se atinja a saturação teórica, ou seja, quando as categorias encontradas começam a estabilizar e os casos novos não acrescentam conhecimento. (Cf. Strauss e Corbin, 1990: 178)

Em suma, trata-se de um processo criativo de geração de conhecimento, ao longo do qual o investigador deve, periodicamente, voltar atrás e questionar a realidade dos dados; manter uma atitude de ceticismo, entendendo os dados como provisórios; e seguir os procedimentos de investigação com rigor.

5.2- Codificação Teórica das Entrevistas

Tendo em conta a pretensão de construção de uma teoria enraizada, a **codificação teórica**



foi o procedimento escolhido para realizar a análise das entrevistas. Caracteriza-se pela passagem por vários procedimentos de codificação dos dados, entre os quais o investigador se movimenta em avanços e recuos, empenhado na interpretação dos dados. Nesta abordagem, a interpretação dos dados está intimamente ligada ao processo de coleta dos mesmos. (Cf. Flick, 2005: 180)

O processo de codificação tem início na **codificação aberta**, através da qual o investigador classifica as expressões dos atores sociais utilizando breves sequências de palavras, numa lógica de fracionamento dos dados. Este foi o procedimento aplicado aos excertos das entrevistas cujo conteúdo se revelou pertinente e com interesse para a temática em estudo, através de uma codificação “linha a linha”. (Cf. Charmaz, 2009; e Flick, 2005) Seguidamente, esses códigos foram agrupados por significado e sintetizados em categorias pertinentes para a problemática em investigação. No decurso desta primeira fase de codificação foi sentida a necessidade de ir confrontando os códigos e categorias elaborados com o discurso captado nas entrevistas, como meio de aferir a fidelidade da interpretação aos dados.

Numa segunda fase de análise dos dados, procurou-se nas categorias elaboradas, aquelas que revelavam maior significância para a problemática e procuraram-se semelhanças e disparidades entre as várias entrevistas, assim como se procurou estabelecer relações entre as mesmas, concretizando, pois, um segundo momento de análise, a **codificação axial**.

Strauss e Corbin (1990) propõem um modelo de codificação axial, associado à *grounded theory*, através do qual se estabelece relação entre diversas subcategorias a uma categoria principal. Pretende-se a identificação de uma categoria principal, a que os autores chamam



de *fenómeno*, cuja compreensão passa pelo relacionamento do mesmo com as suas subcategorias identificadas que devem traduzir as *condições causais* do mesmo, o *contexto* que o envolve, as *condições intervenientes* que facilitam ou dificultam as *estratégias de ação/interação* e as *consequências* do fenómeno.

Tendo sido este o modelo adotado na codificação axial dos dados obtidos, foram identificadas diversas categorias com relevância para a problemática em estudo, as quais se procuraram explorar em termos das subcategorias atrás referidas. Assim, os códigos elaborados na codificação aberta, foram agrupados por significado e, através de um complexo processo de análise, constituídos subcategorias porquanto o sentido que encerravam explicava o fenómeno. Tratou-se de estabelecer relações entre categorias e subcategorias, da verificação dessas ligações através do confronto recorrente com os dados, da busca contínua de propriedades das categorias e subcategorias e da clarificação das relações estabelecidas.

Verificou-se que os conceitos contemplados em cada categoria (*fenómeno*), constituíam-se por vezes parte integrante de outra, enquanto *consequências*, e aqueles que numa categoria faziam parte das *condições intervenientes*, noutra podiam ser *consequências*.

Do processo de codificação axial realizado, resultaram diversas categorias, que passamos a apresentar e cujas subcategorias podem ser verificadas com detalhe no Apêndice F:



Caixa n.º 1: Categorias resultantes da Codificação Axial

- Perceção da Assistente Social do seu papel na equipa interdisciplinar
- Perceção dos outros profissionais do papel da Assistente Social na equipa interdisciplinar
- Perceção da Enfermeira-Coordenadora do seu papel na equipa interdisciplinar
- Perceção dos outros profissionais do papel da Enfermeira-Coordenadora na equipa interdisciplinar
- Perceção do Enfermeiro do seu papel na equipa interdisciplinar
- Perceção dos outros profissionais do papel do Enfermeiro na equipa interdisciplinar
- Perceção do Fisioterapeuta do seu papel na equipa interdisciplinar
- Perceção dos outros profissionais do papel do Fisioterapeuta na equipa interdisciplinar
- Perceção do Médico do seu papel na equipa interdisciplinar
- Perceção dos outros profissionais do papel do Médico na equipa interdisciplinar
- Comunicação da Equipa Interdisciplinar
- Sobreposição de Papéis, tarefas e responsabilidades
- Poder de Decisão
- Perceção da Interdisciplinaridade
- Satisfação com o Desempenho da Equipa Interdisciplinar

Tal como refere Flick (2005), “o paradigma de codificação apenas enuncia possíveis relações entre fenómenos e conceitos, sendo utilizado para facilitar a descoberta e o estabelecimento de estruturas de relação entre fenómenos, entre conceitos e entre categorias.” (Flick, 2005: 184) O investigador utiliza pois uma abordagem indutiva quando elabora conceitos e relaciona categorias a partir dos dados; mas também dedutiva, na medida em que os testa continuamente. (Cf. Strauss e Corbin, 1990: 111-112)



A **codificação seletiva** é a última fase do processo de análise de dados e obedece ao mesmo procedimento desenvolvido na codificação axial, contudo, implica um maior nível de abstração e a formulação de uma categoria nuclear integrativa que, por sua vez, se articula com as outras categorias identificadas ao longo da codificação axial. (Cf. Strauss e Corbin, 1990: 117)

Assim, seguindo a proposta de Strauss e Corbin (1990), iniciámos a codificação seletiva através da elaboração da *história do caso* em estudo. Através da mesma, pretendeu-se fazer uma curta descrição da problemática estudada, racionalizando a relação estabelecida entre a categoria central e as diversas subcategorias, explicativas do fenómeno central. (Cf. Strauss e Corbin, 1990: 119-120) Deste exercício, resultou a seguinte história de caso:

Caixa n.º 2: História de Caso

A Interdisciplinaridade é um processo em permanente construção e a simples presença de vários profissionais de diferentes áreas do saber não é suficiente para se afirmar que estamos na presença de uma equipa interdisciplinar. Esta questão ganha relevância quando nos situamos no contexto da RNCCI, em que a interdisciplinaridade surge como a lógica inerente ao trabalho das equipas profissionais das Unidades de Internamento, como condição essencial que permite uma abordagem integrada da pessoa e dos seus problemas.

O trabalho interdisciplinar exige aos profissionais uma avaliação integrada da realidade, a partilha de informação, a definição de objetivos de intervenção comuns, e a partilha da tomada de decisão. Contudo, tais formas de estar em equipa articulam-se numa complexa dinâmica comunicacional e interacional em torno daquilo que os profissionais têm de mais elementar: o objeto da sua intervenção profissional.

Por outro lado, o facto de estarmos perante uma resposta de cuidados de saúde e de apoio social, amplia o desafio que se coloca aos profissionais, pois põe lado a lado profissões que, tradicionalmente, mantêm entre si relações de hierarquia muito enraizadas, além de que algumas



dessas profissões assumem nos seus contextos tradicionais de intervenção, um vasto leque de tarefas, devido à ausência de outros profissionais especializados.

A construção da interdisciplinaridade adivinha-se, assim, um processo onde a negociação de responsabilidades e tarefas é uma constante do dia-a-dia e onde se experimenta uma ambiguidade de sentimentos que variam entre a realização profissional e a ameaça do próprio papel.

O conhecimento dos papéis profissionais de cada um, e até mesmo o aprofundamento do próprio, aparece como o motor que permite o entendimento interdisciplinar, na medida em que confere aos profissionais a segurança necessária à negociação da responsabilidade sobre as tarefas.

Seguidamente, superou-se o nível de descrição inerente à *história do caso* e desenvolveu-se o *eixo da história*, com base na matriz de Strauss e Corbin (1990), definindo a categoria central do presente estudo - a interdisciplinaridade – assim como as subcategorias com ela relacionadas (Quadro n.º 1), isto é, as condições causais da interdisciplinaridade, o contexto em que esta se desenvolve, as condições que intervêm no processo construtivo da mesma, as estratégias de ação e interação dos sujeitos implicados e as consequências. Definiram-se também as propriedades da categoria central e de algumas subcategorias as quais permitem uma melhor compreensão das várias facetas das primeiras.

**Quadro n.º 1: Categoria Central e Subcategorias**

SUBCATEGORIA (Condições Causais)	Perceção dos Papéis Profissionais: do próprio e do dos outros profissionais	Propriedades: - Objeto de intervenção - Objetivos de intervenção - Tarefas específicas - Autonomia profissional - Especialização de cada profissão
CATEGORIA (Fenómeno)	Interdisciplinaridade	Propriedades: - Negociação do poder sobre tarefas e responsabilidades - Partilha de Informação e Conhecimento - Definição de Objetivos Comuns - Tomada de Decisão Partilhada
SUBCATEGORIA (Contexto)	Equipa Interdisciplinar de Unidade de Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	Propriedades: - Sobreposição de Papéis - Negociação ou competição pelo poder sobre as tarefas e responsabilidades - Partilha ou segmentação da Informação e do conhecimento - Objetivos comuns ou objetivos disciplinares - Partilha ou competição na tomada de decisão - Autonomia Profissional condicionada - Conflito
SUBCATEGORIA (Condições Intervenientes)	Comunicação Interações	Propriedades: - Frequência - Tempo - Espaço - Linguagem profissional - Competências Profissionais
SUBCATEGORIA (Estratégias de Ação/Interação)	Clarificação dos Papéis Profissionais	
SUBCATEGORIA (Consequências)	Colaboração Interprofissional	

O processo de definição da categoria central e das subcategorias com que se articula, foi acompanhado pelo agrupamento de inúmeros excertos das entrevistas, dos quais



emergiram os conceitos que permitiram a construção do presente eixo de análise, procedimento esse que pode ser analisado com mais detalhe consultando o Apêndice G.

A codificação seletiva permitiu assim uma análise dos dados mais direcionada para a problemática em estudo e o ensaio de elaboração de uma teoria enraizada, cuja construção se baseou na descoberta de padrões nos dados revelados e na relação do fenómeno com o contexto envolvente, traduzido pelas subcategorias identificadas.

Reconstruiu-se assim a *história do caso*, na qual os conceitos e a relação entre eles, aparece agora mais clarificada:

Caixa n.º 3: História de Caso reconstruída

A Interdisciplinaridade é um processo em permanente construção e a simples presença de vários profissionais de diferentes áreas do saber não é suficiente para se afirmar que estamos perante uma equipa interdisciplinar. Esta questão ganha relevância quando nos situamos no contexto da RNCCI, em que a interdisciplinaridade surge como a lógica inerente ao trabalho das equipas profissionais das Unidades de Internamento, como condição essencial que permite uma abordagem integrada da pessoa e dos seus problemas.

O trabalho interdisciplinar exige aos profissionais uma avaliação integrada da realidade, a partilha de informação, a definição de objetivos de intervenção comuns, e a partilha da tomada de decisão. Contudo, tais formas de estar em equipa esbarram, não raras vezes, na necessidade de negociar em torno daquilo que os profissionais têm de mais elementar e de que não querem abdicar: o objeto da sua intervenção profissional.

Por outro lado, o facto de estarmos perante uma resposta de cuidados de saúde e de apoio social, amplia o desafio que se coloca aos profissionais, pois põe lado a lado profissões que, tradicionalmente, mantêm entre si relações de hierarquia muito enraizadas, além de que algumas dessas profissões assumem nos seus contextos tradicionais de intervenção, um vasto leque de



tarefas, devido à ausência de outros profissionais especializados, que no contexto da RNCCI têm lugar.

A construção da interdisciplinaridade adivinha-se, assim, um processo onde a negociação de responsabilidades e de tarefas é uma constante do dia-a-dia e onde se experimenta uma ambiguidade de sentimentos que variam entre a realização profissional e a ameaça do próprio papel.

A clarificação dos papéis profissionais de cada um, e até mesmo o aprofundamento do próprio, impõe-se como forma de viabilizar o entendimento e a colaboração interdisciplinar, na medida em que confere aos profissionais a segurança necessária à negociação da responsabilidade sobre as tarefas. Esse entendimento só é possível quando os atores sociais se veem envolvidos na complexa dinâmica comunicacional e interacional da própria da equipa, o que não abrange de forma igual todos os profissionais, uma vez que a presença destes nos contextos de interação é variável, quer no fator tempo, quer no espaço, dependendo também das competências profissionais específicas de cada ator social e longevidade da equipa.

Por fim, procedeu-se à elaboração teórica, enraizada na problemática revelada pelos dados recolhidos, aos quais se sentiu a necessidade de voltar várias vezes, para confronto do resultado da interpretação com os discursos dos atores sociais, tendo o processo de interpretação terminado com o alcance da saturação teórica dos dados, na medida em que deixaram de acrescentar conhecimento à teoria em construção.

5.3- Análise dos Registos de Observação

Os dados obtidos através da observação assumiram, como já vimos, um papel complementar aos recolhidos através do discurso dos entrevistados. Assim, dos registos de observação, os quais podem ser consultados no Apêndice D, extraíram-se excertos com relevância teórica para a problemática em análise, os quais constituíam também uma



repetição do padrão já verificado na análise das entrevistas. Através da análise dos registos de observação, que teve como referência teórica o contributo de Bogdan (1994), foram identificados diversos códigos, que numa primeira abordagem tinham um carácter mais lato, mas que foram sendo reformulados à medida que o processo de análise foi avançando. Os excertos dos registos de observação considerados mais significantes foram, pois, registados e constituídos em categorias preliminares de codificação. No decurso do processo de análise, estas foram sendo ajustadas, na medida em que novos dados forneciam novos significados que contribuíam para o enriquecimento das mesmas. As categorias de codificação mais significativas que emergiram relacionam-se sobretudo com os papéis profissionais, dinâmicas interacionais e comunicacionais, e com os processos de tomada de decisão, tendo sido integradas no eixo de análise resultante da codificação seletiva das entrevistas.

5.4- Apresentação dos dados

De seguida iremos apresentar os dados obtidos da análise das entrevistas e dos registos de observação.

5.4.1- A Interdisciplinaridade

A interdisciplinaridade surge como categoria central do presente trabalho, a qual emergiu da análise dos discursos e da ação dos atores sociais, como o fenómeno em torno do qual se desenvolvem as interações dos indivíduos. A noção de interdisciplinaridade varia de indivíduo para indivíduo, assim como as particularidades do trabalho interdisciplinar que cada um valoriza.



Os entrevistados foram interpelados sobre o significado que atribuíam à interdisciplinaridade no decurso da entrevista, mas também, aquando da conclusão da mesma, através da sugestão de um conjunto de conceitos, dos quais se pediu que seleccionassem os três mais significativos. No Quadro n.º 2 ilustramos os conceitos atribuídos pelos profissionais à interdisciplinaridade, quer espontaneamente, quer por sugestão

Quadro n.º 2: Definição de Interdisciplinaridade pelos profissionais

Interdisciplinaridade	Assistente Social	Enfermeira A	Enfermeira B	Fisioterapeuta	Médica
Conceitos espontâneos					
Presença de vários profissionais			X	X	
Objetivo comum	X			X	
Troca de informação, feedback		X		X	
Bom relacionamento, respeito, entendimento		X		X	
Conceitos sugeridos					
Comunicação	X	X	X	X	X
Colaboração	X	X	X		
Tomada de decisão partilhada	X			X	X

A interdisciplinaridade foi definida pelos profissionais, através de conceitos elaborados espontaneamente, como vários profissionais em presença que trocam informação entre si, definem objetivos comuns de intervenção e mantêm uma relação positiva, pautada pelo entendimento e respeito pelo outro.

A Enfermeira B foca como característica da interdisciplinaridade a presença de vários profissionais, colocando a ênfase na distinção do papel de cada um mas também na complementaridade entre eles:



“(...) é trabalhar numa equipa em que existem vários profissionais, cada um tem o seu papel na equipa mas todos nos complementamos. Penso que seja isso.” (E. 4, L. 360)

Na mesma linha segue o raciocínio do Fisioterapeuta:

“Eu acho que é... cada profissional desempenha o seu papel, mas em... todos em conjunto para... para dar o máximo possível pelo doente, a maior qualidade possível.” (E. 3, L. 368)

Já a Assistente Social aponta como característica do trabalho interdisciplinar a definição de objetivos comuns, adivinhando-se no seu discurso o empenho e o esforço que essa tarefa exige dos profissionais:

“e nós tentamos realmente trabalhar em conjunto, onde os vários elementos da equipa, que são de várias áreas profissionais diferentes, consigam trabalhar em prol do doente” (E. 1, L. 678).

Também para o Fisioterapeuta, a definição de objetivos comuns é uma especificidade do trabalho interdisciplinar, acrescentando que a comunicação e o bom-relacionamento são imprescindíveis na construção dos mesmos:

“(...) trabalham todos em áreas diferentes mas formam o tal conjunto para... para fazer o melhor possível pelo doente. Por isso é que é importante, essas diferentes áreas, darem-se bem, troquem informação.” (E. 3, L. 369)

Por fim, a Enfermeira A foca a interdisciplinaridade como um trabalho que exige dos profissionais a responsabilidade da transmissão de informação aos restantes elementos da equipa e o estabelecimento de uma relação de respeito e entendimento:

“(...) uma responsabilidade, muito grande, aliás, para conseguir ter feedback, um bom feedback para com a equipa interdisciplinar, (...) tem que haver respeito, responsabilidade e entendimento” (E. 2, L. 641).

Relativamente aos conceitos sugeridos aos profissionais entrevistados, na fase final da entrevista foi-lhes entregue o seguinte rol de conceitos: comunicação, partilha de ideias, objetivos comuns, colaboração, definição conjunta da intervenção, partilha de metodologias e conhecimentos, negociação, tomada de decisão partilhada, interdependência e interação. Verificamos que a comunicação entre os diferentes



especialistas assume uma consensual importância para os entrevistados no que respeita ao trabalho interdisciplinar, indo ao encontro dos conceitos elaborados no discurso espontâneo do Fisioterapeuta e da Enfermeira A. Surgem também com mais significado, os conceitos de colaboração e tomada de decisão partilhada, os quais são associados ao trabalho interdisciplinar por três dos entrevistados.

O facto de a definição de objetivos comuns ter sido apontada apenas por um entrevistado neste segundo momento, quando o tinha sido anteriormente pela Assistente Social e pelo Fisioterapeuta, leva-nos a depreender que os “novos” conceitos apresentados (colaboração e tomada de decisão partilhada) ganharam significado aos olhos dos profissionais. Assim, verificamos que do conjunto dos conceitos apresentados, apenas um dos profissionais selecionou os conceitos: objetivos comuns, partilha de ideias e partilha de metodologias e conhecimentos. Verificamos também que os profissionais não atribuíram importância substancial a alguns conceitos que nunca foram selecionados: definição conjunta da intervenção, negociação, interdependência e interação.

Além da definição que os atores sociais dão de interdisciplinaridade, esta surge, também, no seu discurso como o resultado de uma construção que é feita no dia-a-dia pelos profissionais e que implica a negociação do poder sobre tarefas e responsabilidades, a partilha de informação e conhecimento, a definição de objetivos comuns e a tomada de decisão partilhada.

Negociação do poder sobre tarefas e responsabilidades

A necessidade de negociar o poder de cada profissional sobre determinadas tarefas a



desenvolver e responsabilidades a assumir está explícita no discurso da Enfermeira B quando se refere a determinadas atividades para as quais dois ou mais profissionais reclamam ter competências:

“Nós também temos muito contacto com as famílias, perceber o contexto familiar, uma Assistente Social, portanto, faz esse... tem esse papel, nós também podemos fazer. (...) Um Médico pode avaliar um doente, eu também sei avaliar o doente, se calhar, não sei tanto e tão profundamente, mas também sei avaliar.” (E. 4, L. 131)

A negociação do poder sobre tarefas e determinadas responsabilidades aparece no discurso do Fisioterapeuta ligada à colaboração entre profissionais:

“Por exemplo, nós aqui na Fisioterapia, cada doente vem uma vez por dia, e há doentes que, por exemplo, vêm de manhã, à tarde estão lá no internamento, e eles só conseguem andar com andador com ajuda, alguns, e nós pedimos (...) à Enfermeira da parte da tarde “olhe, pode andar com o Sr. José um bocadinho aqui no corredor, para ele não estar a tarde toda sentado?”, e eles fazem esse papel, ajudam-nos muito nesse aspeto.” (E. 3, L. 150)

Partilha de informação e conhecimento

A partilha de informação e conhecimento, este último traduzido, na maioria das vezes, nas avaliações diagnósticas dos diversos profissionais, é apontada variadíssimas vezes pelo conjunto dos profissionais como uma dimensão fundamental no trabalho interdisciplinar.

A partilha de informação acontece no dia-a-dia dos profissionais, sobre os mais variados assuntos, por iniciativa de quem tem informação para transmitir, como mencionam o

Fisioterapeuta e a Enfermeira B, respetivamente, sobre a atuação da Assistente Social:

“(...) a Assistente Social é que nos transmite essas situações, para nós sabermos como é que é o doente, a família” (E. 3, L. 363);

“(...) a Assistente Social, por exemplo, também nos... nos mostra, não é, nos explica como é que é o ambiente familiar e... das pessoas.” (E. 4, L. 92)

Mas a informação é, também, partilhada quando é o recetor que a procura, tal como refere a Enfermeira A:

“(...) às vezes, aqui o colega pode notar que o doente está a ficar menos colaborante e pergunta [ao Fisioterapeuta] «olhe, como é que ele é lá em baixo(...)? Colabora,



não colabora (...)?»” (E. 2, L. 495)

Durante os períodos de observação das reuniões de equipa, pudemos de facto verificar que os profissionais procuram determinadas informações junto dos outros elementos da equipa, por considerarem que as mesmas interferem com a sua intervenção mais específica. Foi o caso da Assistente Social, por exemplo, que no âmbito da preparação da alta de um utente, solicitou o parecer do Fisioterapeuta e da Enfermeira quanto aos melhores recursos de apoio a angariar para o mesmo. (R.O. 4, L. 163) Em causa estão informações necessárias ao desempenho da equipa no seu dia-a-dia, relacionadas, por exemplo, com diretivas técnicas, tal como refere a Assistente Social:

“(...) nós damos sempre para os vários elementos... damos sempre as diretivas técnicas novas que aparecem e as notas informativas (...)”. (E. 1, L. 278)

Verifica-se, também, a partilha de conhecimento e de dados inerentes ao acompanhamento dos utentes e à avaliação feita por cada profissional, como exemplifica a Médica:

“(...) de perguntar (...) aos vários elementos (...) como é que está o doente, como é que ele está a reagir; às Enfermeiras, (...) como é que o doente interage, se come, se dorme bem, se tem dor; com o Fisioterapeuta (...); como é a família, se dá apoio (...).” (E. 5, L. 51)

O Fisioterapeuta refere-se a informações escritas que são disponibilizadas a todos os elementos da equipa, mas sobretudo à transmissão verbal da informação, que acontece no dia-a-dia, de forma espontânea ou provocada, de acordo com as necessidades, presencialmente ou por telefone:

“Mas além desses... dessas avaliações escritas, nós vamos trocando informações. Às vezes, há uma dúvida qualquer, como trabalhamos cá diariamente, ou um telefonema ou dirigimo-nos lá acima e falamos, tudo o que é necessário saber.” (E. 3, L. 276)

Esta partilha é sentida como absolutamente necessária pelos profissionais que a consideram essencial no desenvolvimento de uma intervenção interdisciplinar. No entendimento da Médica, está em causa uma avaliação conjunta:

“(...) acaba por ser uma avaliação conjunta entre os vários elementos que trabalham



(...) na instituição. Desde a Assistente Social, ao Enfermeiro, ao Auxiliar e ao Fisioterapeuta.” (E. 5, L. 62)

A perceção desta profissional é mesmo de que sem uma avaliação conjunta por parte de toda a equipa, ela ficaria impossibilitada de aceder a determinadas informações, fundamentais no desenvolvimento do próprio diagnóstico clínico:

“(...) Portanto, eu isso tenho sempre que me inteirar para saber (...) do desenvolvimento, ao fim ao cabo, do doente aqui dentro da instituição e isso, também, só me pode ser dado pelos outros profissionais. Eu não... não posso fazer o meu trabalho, ao fim ao cabo, de uma forma individualista (...).” (E. 5, L. 176)

Além do impacto que a partilha de informação tem na realização do diagnóstico, segundo o Fisioterapeuta, interfere também nas estratégias de intervenção desenvolvidas pelos profissionais. Este profissional exemplifica, assim, como a informação dada pela Assistente Social sobre as pessoas e o seu contexto familiar, é determinante no modo como as aborda na sua intervenção individual e terapêutica:

“(...) a Assistente Social é que fala com a familiar do doente e com o doente e depois vai nos transmitir se esse doente tem problemas familiares em casa, às vezes casos de violência doméstica, ou assim, é importante nós sabermos as condições em que eles viviam, habitacionais, porque depois temos que adaptar, conforme cada doente, à situação familiar dele, saber se temos que ser mais tolerantes (...).” (E. 3, L. 60)

Percebemos que esta ideia é partilhada pela Enfermeira A que confere importância à informação dada pela Assistente Social à equipa:

“Para nós (...) também alertarmos sobre vários aspetos e a Assistente Social também nos alertar sobre vários aspetos no âmbito do domicílio dos utentes, não é, porque muitas vezes nós não sabemos o que se passa mesmo em concreto.” (E. 2, L. 42)

Está também aqui em causa, a existência de feedback dado pelos profissionais sobre o resultado da própria intervenção, de que é exemplo a informação dada pela Assistente Social em reunião de equipa sobre previsões de alta de alguns utentes, datas de consultas de outros (R.O. 2, L. 111); ocorrências geridas por si junto de utentes e familiares (R.O. 4, L. 50); e diligências relacionadas com a elaboração de diagnóstico social de determinado utente (R.O. 4, 235)



Definição de objetivos comuns

Vimos anteriormente que a definição de objetivos comuns pela equipa foi apontada como característica da interdisciplinaridade pela Assistente Social e pelo Fisioterapeuta. Percebemos, no entanto, que também é valorizada por outros profissionais da equipa. Segundo a Enfermeira B, a definição de objetivos comuns surge como resultado da reflexão e discussão entre todos os profissionais, através do consenso sobre as metas a atingir pela equipa como um todo:

“O facto de trabalharmos em equipa e de pensarmos no que será melhor para estes doentes e... falarmos uns com outros, acho que isso é bastante importante, lá está, a comunicação, acho que dá prazer, pronto, trabalhar assim, pronto, acho que dá prazer, ter estas reuniões, falar, e sentimo-nos todos importantes na equipa e podermos traçar um objetivo comum entre todos, acho que é o que mais me dá prazer aqui.” (E. 4, L. 472)

Percebe-se no discurso desta Enfermeira o sentimento de reconhecimento e valorização resultante da igualdade de oportunidade em contribuir com o conhecimento específico de cada saber para a compreensão do todo. A Médica acrescenta mesmo que é a definição de objetivos comuns que permite, na maioria dos casos, chegar ao entendimento que permite resolver os problemas:

“(...) é com as diferentes opiniões que nós nos vamos entendendo e que muitas vezes tiramos conclusões, até úteis, para o utente. Portanto, eu acho que é sempre válido cada qual ter a sua opinião e expor a sua opinião. E chegarmos a um entendimento, porque senão, (...) nunca resolveríamos a maior parte dos casos (...).” (E. 5, L. 274)

Percebemos, pois, no discurso dos atores, que a definição de objetivos comuns, sem prejuízo da intervenção específica de cada um, é sentida como essencial para a existência de um trabalho interdisciplinar, ideia que vemos expressa nas afirmações da Enfermeira B:

“(...) acho bem que... que cada um tenha a sua perspetiva para... e depois, acho bem é que depois a gente possa discutir isso, para chegarmos a um bom caminho” (E. 4, L.



190);

“Tem porque cada um de nós, temos a nossa intervenção, diferente, mas eu acho que é toda com o mesmo objetivo. Por isso acho que sim, acho que é importante, acho que tem mesmo que haver uma equipa multidisciplinar aqui.” (E. 4, L. 421)

Tomada de decisão partilhada

A tomada de decisão partilhada é outra das dimensões do trabalho interdisciplinar, e das mais evocadas pelos vários profissionais entrevistados. Percebemos que é reconhecida por todos, independentemente da área profissional em causa. Neste sentido, a Médica refere que não há prevalência da opinião de um profissional em detrimento da de outro, considerando que a sua opinião não se sobrepõe à de outros:

“Não estou a ver que a minha opinião ou que a opinião da Assistente Social ou a opinião do Enfermeiro prevaleça sempre (...). Normalmente, conversa-se e tenta-se resolver a situação, não há prevalência de opinião. Até porque eu acho que, suponho que... Eu como nunca trabalhei numa instituição de Cuidados Continuados, também é a primeira vez, (...). E tentámos sempre, desde o início, que as coisas funcionassem dessa maneira, não é, cada qual tem a sua opinião, a gente reúne-se para ver, cada qual expõe e (...) vamos tentando sempre chegar a um consenso” (E. 5, L. 321)

Também o discurso da Enfermeira B aponta para a existência de uma tomada de decisão partilhada, fruto da discussão, da consideração de todas as opiniões:

“Acho que, aqui, nós todos nos ouvimos uns aos outros e... e acho que damos importância à perspetiva de cada um e à opinião de cada um, acho que sim, acho que tomamos as decisões em equipa e em grupo, acho que sim.” (E. 4, L. 202)

O discurso da Assistente Social revela que o poder sobre a tomada de decisão está associado ao conhecimento dos especialistas sobre a problemática em causa, quando faz referência às situações em que o poder de decisão lhe cabe a si. Reforça que quando estão em causa as altas dos utentes da Unidade, os profissionais de outras áreas de intervenção sabem que a decisão final recai sobre a Assistente Social:

“(...) eles sabem perfeitamente que depois sou eu, mais ou menos, que giro as altas, e que enquanto não tiver a alta social, eles sabem que também não podem dar a alta”



(E. 1, L. 201).

Acrescenta que perante a necessidade de adiar uma alta, o seu poder de decisão é reconhecido pelos outros profissionais da equipa e não implica que dê uma informação prévia aos mesmos antes de decidir:

“Nem questiono a equipa! Depois vou dar a informação à equipa: «O doente só vai sair daqui a três, quatro dias porque a família pediu, só nessa altura é que consegue ter as coisas organizadas.»” (E. 1, L. 433)

“(…) quando são essas situações das altas, mesmo que eu não peça a opinião, porque na altura não tenho a equipa, eu digo perfeitamente que pode ser (…).” (E. 1, L. 440)

“(…) sabemos que não podemos dar uma alta social quando o doente não tem para onde ir ou quando está a aguardar um Lar. Eles aí sabem perfeitamente que quem tem o poder de decisão sou eu.” (E. 1, L. 429)

Apesar de considerar que *“(…) a parte social tem muito influência (…)”* (E. 1, L. 464), a Assistente Social faz também referência a situações em que o poder de decisão recai sobre outros profissionais da equipa:

“(…) quem pede as prorrogações, normalmente, para ficar cá é a equipa médica, de Enfermagem ou a equipa de Fisioterapia, nunca pode haver prorrogações sociais.” (E. 1, L. 452)

A associação do poder de decisão ao saber específico de cada área profissional, foi observável em contexto de reunião de equipa, na medida em que a ausência do Fisioterapeuta impossibilitou a definição do Plano Individual de Intervenção de determinado utente, na medida em que o parecer deste profissional, baseado nas suas competências profissionais específicas, era imprescindível nas decisões a tomar pela equipa. (R.O. 2, L. 124) O poder de decisão do Fisioterapeuta em determinadas situações, é ainda perceptível pelo facto de, na mesma reunião, ter surgido um segundo caso em que a equipa adiou uma decisão em função da necessidade de reavaliação do problema pelo Fisioterapeuta. Inclusivamente, os outros profissionais questionam o Fisioterapeuta sobre as possibilidades de reabilitação do utente, nomeadamente a Médica. (R.O. 2, L. 147) A partilha do poder de decisão e associação deste ao saber específico de cada área



profissional está expressa, também, na afirmação do Fisioterapeuta:

“(...) a parte da Enfermagem e Fisioterapia são iguais. Acho que não há... que se sobreponham ao outro” (E. 3, L. 247).

No entanto, refere também que em determinadas situações, havendo dificuldade em chegar a consenso, pode ser necessário o contributo do Médico, a quem é reconhecido maior poder de decisão pelo Fisioterapeuta, quando está em causa a discordância de outros profissionais sobre problemas clínicos:

“Por exemplo, se um doente tiver um edema ou uma úlcera do pé, nós queremos trazer o doente cá abaixo para ele fazer treino de marcha e recuperar e o Enfermeiro se calhar diz que é melhor ele não vir porque é melhor primeiro sarar a ferida. Mas, pronto, aí depois o Médico é que entra também e diz... porque a ordem do Médico é a mais importante, se o Médico disser que o doente não sai do quarto, ele não pode sair.” (E. 3, L. 184)

Há um reconhecimento da partilha do poder de decisão da equipa explícito também no discurso da Enfermeira A:

“(...) o Enfermeiro, também, aqui também, nem aqui nem em lado nenhum, não é único que diga «quero, posso e mando». Também não é assim!” (E. 2, L. 373)

A Enfermeira A refere que a partilha da tomada de decisão implica abertura dos profissionais à cedência, como forma de viabilizar o consenso:

“(...) só temos é que chegar a um consenso, pronto, entre todos. E se, de algum modo, alguma (...) tiver que se pôr à frente por qualquer motivo, pronto, teremos que saber o porquê: «Sim senhor, olha, sim senhor, até teve razão, concerteza» pronto (...).” (E. 2, L. 452)

5.4.2- A perceção dos Papéis Profissionais

A perceção do próprio papel

A perceção dos papéis profissionais é aqui apresentada como fator que condiciona grandemente a construção da interdisciplinaridade pelos profissionais, constituindo, por isso, a subcategoria que se refere às condições causais do fenómeno. O discurso dos profissionais sobre os próprios papéis na equipa revela a forma como definem o seu objeto



e objetivos de intervenção e, também, as tarefas que desenvolvem no seu dia-a-dia.

De um modo geral, quando questionados sobre o papel que desempenham na equipa, os profissionais associam o mesmo ao desempenho da sua profissão. A Assistente Social afirma: “(...) *eu sou a Assistente Social (...)*” (E. 1, L. 24) e relata, de seguida, algumas das tarefas que desenvolve, relacionadas com o objeto e os objetivos da sua intervenção, enquanto Assistente Social:

“(...) na admissão eu estou sempre presente (...)” (E. 1, L. 28)

“(...) acredito que às vezes devem me achar muito chata porque... eu tento perceber um bocadinho a situação de todos os doentes (...) depois peço avaliações e peço isto e peço aquilo, e eles pensam assim: «bom... é muito chata!» (E. 1, L. 130)

Entende que o seu papel na equipa é de grande relevância, considerando que consegue apreender determinadas informações sobre o utente e a família, fundamentais na compreensão dos problemas que enfrenta, e sobre os quais recai a intervenção da equipa:

“(...) eu consigo ver a maioria das dificuldades das próprias famílias e dos próprios doentes, e também dos profissionais, em relação ao próprio doente. Eu acho que é... que é fundamental, neste caso, a presença da Assistente Social (...).” (E. 1, L. 72)

Por outro lado, refere que a garantia da continuidade dos cuidados ao utente pós-alta, constitui uma das dimensões mais importantes do seu trabalho, considerando que a intervenção do Assistente Social no contexto em causa é indispensável:

“(...) acontece agora, o doente ter alta clínica, há algum tempo, e o doente não pode sair porque não tem... não tem alta social, não tem para onde ir ou não tem o acompanhamento necessário. (...) Portanto, a parte social aqui na instituição, nesta e noutras, é muito importante.” (E. 1, L. 481)

A Assistente Social faz também referência ao trabalho que desenvolve de interlocução com entidades externas:

“Também faço toda a interlocução com as várias equipas, da ECL [Equipa Coordenadora Local], da EGA [Equipa de Gestão de Altas], seja da Segurança Social (...).” (E. 1, L. 39)

Ao falar do seu papel, a Assistente Social refere-se também ao facto de lhe terem sido



atribuídas determinadas tarefas que, não tendo obrigatoriamente que ser desempenhadas por uma Assistente Social, lhe foram conferidas:

“(...) eu não sei se faço o papel só de Assistente Social propriamente dito (...). Também, se calhar não fui eu própria que me coloquei assim (...).” (E.1, L. 74)

A Enfermeira A, com o cargo de coordenadora da equipa de Enfermagem, é a única que ao descrever o seu papel na equipa não o associa imediatamente à sua profissão, mas sim às funções que desenvolve na mesma:

“O meu papel, eu descrevo (...) como coordenadora ou responsável pelo internamento, pronto. Dou... portanto, faço tudo relacionado com uma pessoa responsável por tudo, gestão de material, gestão de pessoal, tudo. Tudo o que se relacione com o serviço de internamento, é tudo à minha responsabilidade.” (E. 2, L. 23);

“(...) sou responsável, ou seja, estou, não queria dizer acima mas pronto, estou... sou eu que tenho que visualizar tudo o que se passa, não é, pronto. Eu acho que as pessoas vêem-me como tal, como uma pessoa que está como organizadora e gestora, (...) dentro do nosso serviço.” (E. 2, L. 79)

Já a Enfermeira B, enumera algumas das tarefas mais específicas desenvolvidas pelo Enfermeiro, reforçando o carácter de proximidade ao utente, das ações do Enfermeiro:

“Temos um papel mais direto com os doentes, cuidamos dos doentes, tocamos nos doentes. Tratamos mais da parte, sei lá, do corpo, da higiene. Pronto, os outros é diferente. (...) cuidamos deles, vinte e quatro horas, para tudo o que eles precisem nas necessidades básicas de vida deles.” (E. 4, L. 50)

Confere especial relevância ao papel desempenhado pela Enfermagem pelo facto de ter presença permanente na Unidade, considerando que essa particularidade os distingue dos restantes profissionais da equipa:

“Nós somos Enfermeiros vinte e quatro horas, estamos presentes mais com os doentes. Temos um papel mais direto com os doentes (...). Mas nós estamos aquelas vinte e quatro horas, acho que nos distingue (...).” (E. 4, L. 49)

Esta ideia está também presente no discurso da Enfermeira A que, interpelada sobre o papel da Enfermagem na equipa, lhe confere centralidade:

“Temos [papel central] nós [os Enfermeiros] porque estamos as vinte e quatro horas com o utente (...).” (E. 2, L. 67)



Considera também que a área de atuação deste profissional se caracteriza pela abrangência das tarefas que desenvolve/pode desenvolver:

“Como sabe, a Enfermagem engloba tudo e mais alguma coisa. Portanto, não é por acaso que nós dizemos que a Enfermagem é uma... é uma profissão multifacetada. Temos... temos que fazer tudo e mais alguma coisa. Portanto, acho que dentro da Enfermagem há muita coisa que nós possamos fazer quando há disponibilidade...” (E. 2, L. 169)

A sua perceção é reforçada numa fase mais avançada da entrevista quando afirma que o papel do Enfermeiro é primordial e inquestionável, pela natureza das intervenções que desenvolve e que associa a cuidados de saúde indispensáveis como a administração de medicamentos, mas também ao apoio nas necessidades mais básicas do utente:

“o Enfermeiro, automaticamente, no serviço de internamento, é o ponto número um! Dá a terapêutica, administra a terapêutica, portanto, colabora... tem que colaborar em tudo com o doente (...).” (E. 2, L. 340)

O Fisioterapeuta sintetiza o seu papel na equipa, relacionando-o com a reabilitação:

“(...) é reabilitar a pessoa para... pronto, para ela poder desempenhar as funções do dia-a-dia o melhor possível.” (E. 3, L. 26)

Especifica depois o objeto da sua intervenção, exemplificando algumas das tarefas desenvolvidas para alcançar os objetivos planeados:

“Portanto, aqui a parte... da minha parte da Fisioterapia é... é a parte muscular, digamos assim, treinar a marcha, aquelas atividades do dia-a-dia... é mais a reabilitação física, digamos assim. (...) é mais o trabalho manual que é para reabilitar a pessoa em termos funcionais. Por exemplo, treinar a andar, a comer, a vestir-se, despir-se. Coisas que nós fazemos no dia-a-dia, que para nós são normais mas para uma pessoa que teve um problema, ela não consegue fazer, e então, aqui ensinamos a que ela consiga fazer novamente.” (E. 3, L. 79)

A Médica refere-se ao seu papel na equipa, deixando implícito que no desenvolvimento do mesmo procura o contributo dos outros profissionais da equipa:

“Além da vigilância médica dos doentes, que nós temos que fazer (...) é mais de... portanto, o papel de Médico em si e o papel de articular, normalmente, entre as várias pessoas responsáveis aqui pelo doente.” (E. 5, L. 39)



Esta profissional, refere mesmo que considera que a sua atuação profissional é, na maioria dos casos, a menos interventiva:

“A minha intervenção, vamos lá ver, em relação aos outros profissionais, como é que eu vou, como é que eu lhe vou dizer? Talvez seja, de todas, a minha intervenção a menos interveniente.” (E. 5, L. 125)

A perceção dos papéis dos outros profissionais

A perceção dos papéis dos outros profissionais da equipa ganha também relevância no discurso dos atores sociais, com implicações nas dinâmicas de construção da interdisciplinaridade. Quando questionados sobre o papel dos outros profissionais, constatamos que é transversal a valorização dos mesmos e da intervenção que desenvolvem, havendo mesmo referências explícitas às mais-valias do trabalho dos outros profissionais para a própria intervenção.

O papel da Assistente Social é entendido pela Médica como tendo especial relevo no que diz respeito ao acolhimento do utente e na abordagem à família:

“(…) acho que a nossa Assistente Social, além de ter um papel muito importante junto dos familiares, e até mesmo junto do doente, quando chega, portanto, dar a conhecer a instituição e a apresentar os vários elementos” (E. 5, L. 69).

A perspetiva da Enfermeira B revela uma valorização do papel da Assistente Social relacionada com a intervenção desta no planeamento da alta do utente, nomeadamente no que se refere ao recrutamento de recursos de apoio ao utente:

“(…) a Assistente Social, eu penso que é bastante importante a intervenção deles, tem a ver com suporte familiar, conhecer o suporte familiar e, principalmente quando eles têm alta, perceber para onde é que os há-de encaminhar, acho que aí é bastante importante.” (E. 4, L. 78)

O Fisioterapeuta e a Enfermeira B valorizam o facto de a Assistente Social transmitir aos restantes profissionais da equipa informação sobre o utente e o seu contexto sócio-familiar,



considerando que essa informação facilita a compreensão integrada da pessoa:

“(...) a Assistente Social é que nos transmite essas situações, para nós sabermos como é que é o doente, a família” (E. 3, L. 363);

“(...) a Assistente Social, (...) é parte fundamental, penso eu, para também percebermos, portanto, a área da pessoa, para percebermos... pronto, a parte social da pessoa (...).” (E. 4, L. 35)

Neste sentido, a Médica considera que a intervenção da Assistente Social não só permite recolher determinadas informações fulcrais na compreensão da pessoa como tem repercussões na definição da intervenção a realizar pelos outros profissionais:

“(...) a Assistente Social na medida em que se terá que inteirar dos problemas dos doentes, se o doente não estiver bem psicologicamente, ou se não tiver grande apoio da família, ou se houver outros problemas por trás, o doente não vai colaborar, não vai colaborar. Portanto, esse acho que é o papel dela, saber se haverá problemas que, à partida, nós podemos ajudar e podemos resolver ou tentar, pelo menos, minimizar, não é.” (E. 5, L. 146)

Esta perceção é partilhada pelo Fisioterapeuta, que identifica a importância das informações dadas pela Assistente Social para a sua intervenção específica:

“(...) eu acho importante porque... porque se for uma pessoa assim mais... com muitos problemas familiares tentamos... ser mais tolerantes com ele ou não tocar em certos assuntos, quando estamos aqui nos tratamentos, que é para a pessoa não ficar mais deprimida. E acho que também, mesmo a parte da Assistente Social, (...) para nós sabermos se o comportamento dele aqui, se é mesmo do feitio da pessoa ou se pode estar constrangido com alguma situação, para tentarmos melhorar. (E. 3, L. 69)

Associado ao papel de transmissão de informações importantes a todos os profissionais da equipa, a Médica atribui ao papel da Assistente Social a designação de elo de ligação entre os vários elementos da equipa:

“(...) a nossa Assistente Social faz um intercâmbio, ao fim ao cabo, uma ligação, também, entre as várias... entre as várias pessoas que aqui funcionam, desde o Médico, aos Enfermeiros, à Auxiliar, ao familiar e ao utente. (...) é ela que faz de elo de ligação entre todas as pessoas e que está aqui todos, todos, todos os dias, eu acho que é esse, que o papel dela é importante.” (E. 5, L. 86)

No entanto, torna-se interessante verificar que a Assistente Social é a única entrevistada que faz referência ao facto de sentir que o trabalho desenvolvido nem sempre é



compreendido pelos outros profissionais, o que associa quase sempre a dificuldades inerentes ao processo de preparação da alta do utente:

“(...) quando o doente fica cá mais tempo, talvez aí haja algumas dúvidas e também... eles fiquem a pensar (...).” (E. 1, L. 797);

“(...) por causa de verem os doentes aqui tanto tempo e pensam «então porque é que... porque é que ele não sai, porque é que a Dr.^a [Assistente Social] não consegue resolver a situação? O que é que se passa?»” (E. 1, L. 812).

Nesta sequência, é importante acrescentar que o Fisioterapeuta também faz referência à não compreensão de alguns aspetos da intervenção da Assistente Social:

“(...) a parte mesmo da Assistência Social não percebo... mas a ideia que me dá, é que eles têm mais... têm mais acesso ao processo do doente e contacto através da Assistência Social e de familiares.” (E. 3, L. 361)

A Assistente Social aponta também a existência de alguns preconceitos sobre a sua profissão, que condicionam a compreensão da intervenção desenvolvida e parecem ser potenciadores de situações de conflito:

“(...) há um ou outro elemento que, às vezes, pensa que... que eu tenho a obrigação de ajudar tudo e todos e «coitadinho do doente tal, porque é que o doente tal conseguiu isto e para o doente y não conseguiu?»”. (E. 1, L. 209)

Neste sentido, referiu também empreender algum esforço no sentido de mudar essa representação sobre o papel do Assistente Social:

“Porque às vezes há mesmo (...) o pensamento do assistencialismo, está aqui é para ajudar, (...) coitadinho do doente x ou y que precisa disto ou precisa daquilo e portanto vai ter com a Assistente Social. E eu tento mudar um bocadinho essa visão do Assistente Social. Eu tento, também, trabalhar com as famílias, não... aquilo que eu faço com as famílias, eu penso que eles também entendem, a equipa entende. Também da preocupação do pós-alta, de logo de início tentar preparar a alta (...)” (E. 1, L. 194)

Relativamente à perceção dos vários profissionais sobre o papel do Enfermeiro, verificamos que a Médica atribui também a este profissional, à semelhança do Assistente Social, uma função importante na integração do utente na Unidade e a denominação de elo de ligação entre a família do utente e o Médico:

“(...) os nossos Enfermeiros, também, além da terapêutica, também, ao doente, a



administrar a terapêutica ao doente, pronto, fazem também um elo de ligação, muitas vezes, também, entre a família, entre o Médico e com as Auxiliares, também, pronto, tentar realmente inteirar-se da situação, no fundo, e tentá-lo integrar na própria instituição para que o doente...” (E. 5, L. 92)

O papel do Enfermeiro é ainda associado a intervenções de tratamento de problemas de saúde, mas também a atividades de incentivo do utente, como referem o Fisioterapeuta e a Médica, respetivamente:

“A parte... enquanto a da Enfermagem também é importante no caso de tratar feridas e a medicação (...).” (E. 3, L. 80)

“(...) o pessoal de Enfermagem que também... que terá que estimular o doente (...).” (E. 5, L. 151)

O papel do Fisioterapeuta é considerado pelos outros profissionais da equipa como fundamental, na medida em que a sua intervenção está diretamente ligada ao objetivo de intervenção da própria Unidade. A Assistente Social refere-se mesmo ao Fisioterapeuta como um dos profissionais mais importantes:

“(...) sendo uma Unidade de reabilitação e estando os nossos Fisioterapeutas cá diariamente, faz com que realmente o Fisioterapeuta seja um dos mais importantes na equipa.” (E. 1, L. 121)

Também a Enfermeira B e a Enfermeira A manifestam esta mesma perceção, respetivamente:

“(...) as Fisioterapeutas, que também é parte fundamental (...) porque é para isso que os doentes para aqui vêm, é para reabilitar (...).” (E. 4, L. 38)

“o Fisioterapeuta também é fundamental, é mesmo para isso que eles para cá vêm.” (E. 2, L. 62)

A Enfermeira B acrescenta ainda que o Fisioterapeuta tem um importante papel na componente motivacional do utente, relativa à reabilitação:

“(...) a Fisioterapia, é um incentivá-los na recuperação deles.” (E. 4, L. 82)

De facto, constatámos, nas observações feitas em contexto de reunião de equipa, que a opinião do Fisioterapeuta é solicitada frequentemente pelos vários profissionais, o que se coaduna com a valorização do seu papel por estar em causa um serviço que tem por objetivo a prestação de cuidados de reabilitação.



Por fim, a perceção do papel do Médico pelos outros profissionais, aparece associada ao diagnóstico da doença e à prescrição de tratamento e à vigilância da condição clínica do utente como referem o Fisioterapeuta e a Enfermeira B, respetivamente:

“A parte do Médico (...) tem que diagnosticar a lesão e fazer a medicação (...)” (E. 3, L. 94)

“A parte médica, a intervenção é vir observar os doentes e ver se está tudo bem com eles” (E. 4, L. 80)

A Enfermeira B, acrescenta ainda o apoio da equipa médica à Enfermagem:

“(...) temos os médicos, que tem a ver mais com a parte da doença, mesmo se precisarmos de alguma coisa (...)” (E. 4, L. 37)

5.4.3- O Contexto de construção da Interdisciplinaridade

Quando falamos do contexto onde decorre o processo de construção da interdisciplinaridade referimo-nos à Unidade de Cuidados Continuados Integrados da RNCCI onde se insere a equipa interdisciplinar, mas também às condições circunstanciais em que as próprias ações dos profissionais estão envolvidas.

Como condições circunstanciais entendemos as dinâmicas inerentes à sobreposição de papéis, aos consequentes processos de negociação do poder sobre tarefas e responsabilidades, à partilha de informação e conhecimento, à definição de objetivos comuns, à tomada de decisão partilhada, ao condicionamento da autonomia profissional e ao conflito dentro da equipa. Tendo sido já apresentada a noção dos profissionais sobre alguns destes conceitos, estruturais na construção da interdisciplinaridade, importa agora expor os desafios que a sua aplicação constitui na prática e que são o contexto em que o caminho da interdisciplinaridade é trilhado.



Sobreposição de papéis

A alusão à sobreposição de papéis está nitidamente presente no discurso de alguns profissionais, havendo também a referência ao facto de ter sido mais frequente e perturbadora das relações interpessoais nos primeiros anos de existência da equipa, como refere a Enfermeira A:

“Isso [definição dos papéis de cada profissional] é que foi um bocado... um bocado difícil, foi. Um bocado difícil de combatermos isso (...).” (E. 2, L. 273)

Verifica-se que a referência à sobreposição de papéis é significativa, principalmente, no discurso das duas Enfermeiras. A Enfermeira B relaciona a sobreposição de papéis com o facto de a Enfermagem ser uma área com um campo de intervenção abrangente, sendo interessante o facto de considerar “normal” que a sobreposição de papéis atinja a Enfermagem:

“Pronto, às vezes achamos que os outros se metem um bocadinho... Mas como a parte de Enfermagem abrange tanta coisa, eu acho que isso, também, é normal.” (E. 4, L. 141)

Já a Enfermeira A, que desempenha também o papel de Enfermeira-Coordenadora, refere-se à sobreposição de papéis entre Enfermagem e Assistente Social, relacionando-a com aspetos funcionais e burocráticos:

“Interferia muito e... nós entendíamos que não... E ela chegou à conclusão que nós estávamos corretas! Não era pelo facto de, de... Mas havia coisas que não... não dava, não tinha que ser da parte da Assistente Social, que tinha que resolver aqueles problemas. Tínhamos que ser nós, Enfermeiros!” (E. 2, L. 418)

Além da Enfermagem, também a Assistente Social se refere à sobreposição de papéis, sendo perceptível no seu discurso o sentimento de interferência no seu campo de intervenção por profissionais sem as competências de especialista que a situação requeria:

“E às vezes também tentam (...) ajudar e depois não ajudam. Porque às vezes também pensam que conseguem fazer a situação de estar a mandar para ali ou para acolá,



quando às vezes também não conseguem.” (E. 1, L. 212)

Além da referência à necessidade de negociar o poder de cada profissional sobre determinadas tarefas e responsabilidades reclamadas por mais do que uma área profissional, como vimos atrás, também o risco da competição pelas mesmas está presente no discurso dos atores, como se verifica nas seguintes afirmações da Assistente Social e da Enfermeira-Coordenadora, respetivamente:

“É assim... para todos os efeitos, eu sou parte... a [Enfermeira-Coordenadora] é responsável pela equipa de Enfermagem, eu também sou responsável pelo internamento. Tudo o que se passa no internamento, eu sei o que é que se passa (...).” (E. 1, L. 461);

“O que quer que seja, dentro do internamento, mesmo que... outros técnicos poderão eventualmente lá ir, pronto, têm também que utilizar o serviço de internamento, a responsabilidade é sempre do Enfermeiro que está de serviço e de mais ninguém! O que quer que se passe, o Enfermeiro é que tem que responder! (E. 2, L. 333)

A reclamação de ambas as profissionais da responsabilidade sobre determinados domínios daquilo que chamam de “internamento”, revela a existência de competição em circunstâncias em que o objeto de intervenção das áreas de intervenção coincide. Neste caso específico, parecem estar em causa determinadas ocorrências no espaço físico onde a atuação da Enfermagem é permanente mas que interferem com a intervenção da Assistente Social, levando a que ambas as áreas profissionais sintam a responsabilidade pela sua gestão.

Percebe-se no discurso da Assistente Social a consciência do risco de interferência da sua intervenção no domínio da intervenção da Enfermagem, eventualmente, por se tratar de uma situação já experienciada:

“como queria às vezes saber algumas coisas, algumas informações (...) tinha receio que a equipa de Enfermagem achasse que (...) estava (...) a tentar perceber como é que era o trabalho delas.” (E. 1, L. 150)

No mesmo sentido, aponta o raciocínio da Enfermeira B que apesar de perceber, por vezes,



interferência naquela que considera ser a esfera de ação da Enfermagem, acaba por a encarar com alguma naturalidade pelo facto de encarar a sua profissão como abrangendo um vasto leque de atividades:

“Pronto, às vezes achamos que os outros se metem um bocadinho... Mas como a parte de Enfermagem abrange tanta coisa, eu acho que isso, também, é normal.” (E. 4, L. 141)

Podemos verificar no discurso do Fisioterapeuta a não abdicação daquele que é o seu objeto de intervenção para outros profissionais cuja ação se cruza com a sua:

“Da nossa área, da parte da Fisioterapia, se calhar Auxiliares e Enfermeiros já fizeram alguma coisa parecida mas já que estamos cá nós, acho que devemos ser nós a fazer, para não estar a tirar o trabalho uns aos outros.” (E. 3, L. 139)

Nesta expressão percebemos também o sentimento de ameaça do próprio papel profissional e que pode conduzir à competição.

Contudo, no discurso do Fisioterapeuta percebemos também que já foi feito, pela equipa, um percurso no sentido do esclarecimento dos papéis de cada área profissional e da negociação do poder sobre tarefas e responsabilidades, ainda que inconscientemente, de que é exemplo a expressão do mesmo Fisioterapeuta:

“Essas situações como eu digo, na parte do internamento é mais a equipa de Enfermagem que manda, aqui somos nós. Ou seja, se eu for lá a um quarto e tiver uma ideia diferente do Enfermeiro, acho que tenho que abdicar... porque ali o Enfermeiro manda mais, tenho que... voltar a trás com a opinião, tenho que respeitar a opinião dele.” (E. 3, L. 253)

Essa negociação está expressa na noção de que a determinadas áreas de intervenção está afeto o poder de decisão de uma profissão específica.

Partilha ou segmentação da informação e conhecimento

Sendo a partilha de informação e conhecimento essencial no desenvolvimento de uma



intervenção interdisciplinar, a ocorrência do contrário incorreria numa visão segmentada da realidade, neste caso, dos problemas da pessoa.

Verificámos atrás que essa partilha foi considerada pela Enfermeira A e pelo Fisioterapeuta como uma característica da interdisciplinaridade. A Enfermeira B, aponta o risco de haver, em determinadas situações, uma visão parcial da realidade por aqueles profissionais cuja presença na Unidade é mais reduzida:

“Nós como estamos vinte e quatro horas temos uma certa perceção. Talvez quem não esteja tanto... tão presente, e como, às vezes, por exemplo, a parte médica pode-se focar só em certas... em certas partes, pronto. Acho que muitas vezes, se calhar, não percebem mesmo... não é não percebem, é não têm a perceção real.” (E. 4, L. 166)

Importa aqui referir que a Médica, estando permanentemente contactável, é dos profissionais mais presentes na Unidade, aquela que tem menor número de horas afetas à Unidade.

Definição de objetivos comuns ou disciplinares

Como vimos anteriormente, a definição de objetivos comuns é apontada pelos atores sociais como o resultado da reflexão e discussão entre todos os profissionais, que permite chegar a um consenso sobre as metas a atingir. À abertura dos profissionais à discussão conjunta e à construção do consenso, parece estar associada a noção de que só uma abordagem integrada da pessoa pode responder adequadamente aos seus problemas, o que é perceptível no discurso da Médica:

“E como estar doente não é só estar fisicamente doente, é também ver a parte social e psicológica do doente, ou há um trabalho em conjunto ou então acho que não se pode (...) acho que, no fundo, todos têm o seu papel e todos têm um papel muito importante para o bem-estar físico e psíquico do doente.” (E. 5, L. 206)

Por outro lado, identificamos no discurso do Fisioterapeuta a valorização da definição de



objetivos comuns a todos os profissionais, na intervenção desenvolvida, sendo que o alcance dos mesmos é condição de realização profissional para os vários elementos da equipa interdisciplinar:

“Se o (...) trabalho for bem feito nós ficamos satisfeitos e... e concretizados. O nosso objetivo é promover ao máximo a qualidade de vida do doente e se esse... se esse objetivo for cumprido, nós ficamos realizados.” (E. 3, L. 411)

Contudo, verificamos também que a não-partilha de informação impossibilita a definição de objetivos comuns, uma vez que deixa os dois sujeitos com níveis de informação diferente, ficando à partida inviabilizada a possibilidade de uma intervenção concertada. Pudemos constatar esse constrangimento em contexto de reunião de equipa, quando Enfermeira e Fisioterapeuta discordaram relativamente à definição de um objetivo de intervenção com um utente, porque a primeira não detinha informação atualizada sobre a intervenção do segundo. (R.O. 4, L. 80)

Partilha ou competição pelo poder de decisão

Verificámos anteriormente que a referência à tomada de decisão partilhada é transversal ao discurso de todos os entrevistados, assim como o empenho dos profissionais nesse sentido e o reconhecimento de que o poder sobre a tomada de decisão está associado ao conhecimento dos especialistas sobre a problemática em causa. No entanto, verificamos também que a tomada de decisão partilhada, estritamente ligada à negociação do poder sobre a tarefa e responsabilidades e à definição de objetivos comuns, aparece aqui como um caminho a percorrer que não é isento de contrariedades.

Percebemos que as fronteiras disciplinares são ténues, podendo levar à competição por



determinadas tarefas e à reclamação do poder na tomada de decisão relacionada com as mesmas, como vemos na afirmação da Enfermeira B, referindo-se à relação entre Enfermagem e Fisioterapia:

“(...) as nossas profissões acabam por se tocar muito, umas nas outras, de vez em quando. Por isso é que, às vezes, pode haver algum conflito.” (E. 4, L. 236)

Como constatamos no discurso dos atores sociais, o conflito pode surgir em situações de desacordo sobre um mesmo problema, que em última análise pode estar relacionado com a sobreposição de objetivos específicos de determinada área profissional relativamente aos objetivos de outra; ou à inexistência de objetivos comuns, surgindo o conflito, neste último caso, da competição entre os objetivos específicos de áreas profissionais distintas. A Assistente Social faz referência a um episódio anterior em que o poder de decisão recaiu sobre um dos profissionais da equipa, apesar da discordância inicial dos restantes elementos:

“Portanto, lá está, se tivéssemos todos a pensar da mesma forma naquela altura, o doente tinha tido alta para casa. E ainda bem que houve um elemento que não concordou e que explicou porque é que não concordou.” (E. 1, L. 345)

Referindo-se à existência de avaliações distintas sobre um mesmo problema relacionado com a situação de saúde do utente, o Fisioterapeuta refere que a equipa tem que recorrer ao Médico, referindo *“(...) que o Médico é o que tem mais poder de decisão.” (E. 3, L. 227)* Se, por um lado, o discurso do Fisioterapeuta pode indiciar a vinculação do poder de decisão às competências do especialista sobre a matéria em causa, noutro momento da entrevista, o discurso deste terapeuta parece evidenciar a noção de que ao Médico está associado um lugar hierarquicamente superior no que respeita ao poder de decisão:

“Por exemplo, se um doente tiver um edema ou uma úlcera do pé, nós queremos trazer o doente cá abaixo para ele fazer treino de marcha e recuperar e o Enfermeiro se calhar diz que é melhor ele não vir porque é melhor primeiro sarar a ferida. Mas, pronto, aí depois o Médico é que entra também e diz... porque a ordem do Médico é a mais importante, se o Médico disser que o doente não sai do quarto, ele não pode sair.” (E. 3, L. 184)



Não obstante a existência de situações de conflito, de desacordo e a existência de maior poder de decisão associado ao papel do Médico nas situações em que este é considerado especialista, o discurso dos profissionais sugere que a equipa sente que o processo de tomada de decisão é partilhado. Nesse sentido, a Enfermeira B refere que em decisões relacionadas com o processo de reabilitação física da pessoa, em que o poder de decisão recai sobretudo sobre o Fisioterapeuta, a avaliação da Enfermagem é fortemente valorizada:

“(...) quando nós estamos aqui nas... nas reuniões, o perceber se vamos pedir prorrogação para um doente, nós Enfermeiros podemos... damos muito a nossa opinião sobre... acerca disso, se achamos que aquela pessoa ainda tem algum poder de reabilitação, se não. E eu, pronto, eu acho que é por aí. Se nós dissermos que achamos que não, isso é tido muito em conta (...).” (E. 4, L. 221)

Na mesma ótica, a Assistente Social exemplifica uma situação em que face à necessidade de decidir sobre a prorrogação do internamento de um utente, todos os profissionais foram auscultados, inclusivamente aqueles que têm uma presença reduzida na Unidade:

“(...) houve há pouco tempo, em relação a uma prorrogação, em que nós questionámos os vários elementos da equipa (...) até uma delas não estava... não costuma estar nas reuniões (...).” (E. 1, L. 361)

Autonomia profissional condicionada

Na presença de diversos saberes profissionais, os elementos da equipa confrontam-se frequentemente com limites à sua autonomia profissional, ao contrário do que aconteceria se a sua intervenção se desenvolvesse num contexto onde a interdependência profissional não existisse. No entanto, percebemos que ambas as Enfermeiras compreendem esse condicionamento à sua autonomia como inevitável e, até mesmo benéfico, na medida em que garante a opção pela intervenção mais adequada à situação do utente. Neste



seguimento, a Enfermeira A e a Enfermeira B referem, respetivamente:

“(...) lá está, pesando... na balança e vendo as consequências ou os benefícios (...)”
(E. 2, L. 438);

“Quando trabalhamos em equipa (...) faz parte, quando trabalhamos em equipa, acho que isso é normal. Temos de nos respeitar uns aos outros e o que é importante é mesmo resolver o problema e estamos cá é por causa dos doentes, portanto eu acho que isso é normal acontecer.” (E. 4, L. 250)

Não deixa de ser interessante que associada à aceitação de limites à própria autonomia profissional, surja a valorização do respeito pelos outros profissionais, revelando tratar-se de uma matéria sensível.

Também o Fisioterapeuta exemplifica que a discordância entre diferentes profissionais sobre a intervenção a desenvolver pode trazer implicações ao nível do condicionamento da autonomia profissional dos mesmos:

“Por exemplo, se um doente tiver um edema ou uma úlcera do pé, nós queremos trazer o doente cá abaixo para ele fazer treino de marcha e recuperar e o Enfermeiro se calhar diz que é melhor ele não vir porque é melhor primeiro sarar a ferida.” (E. 3, L. 184)

Este exemplo evidencia com clareza que, num contexto em que a intervenção específica de cada um destes profissionais não dependesse da avaliação do outro, os objetivos de intervenção de que o utente seria alvo, iriam ser diferentes.

Conflito

Atendendo à complexidade dos processos anteriormente abordados, não é difícil de antever que os mesmos se fazem acompanhar de situações de conflito entre os profissionais da mesma equipa. No entanto, percebemos que a incidência dos conflitos era mais frequente nos primeiros anos de existência da equipa, como refere a Enfermeira A:

“(...) no início houve muitos conflitos e (...) houve muita coisa menos boa... que nós fomos limando aos poucos.” (E. 2, L. 215)



Por outro lado, verificamos no discurso da Assistente Social que o conflito aparece associado à sobreposição de papéis como, de resto, já tínhamos apontado:

“E às vezes também tentam (...) ajudar e depois não ajudam.” (E. 1, L. 212)

5.4.4- Dinâmicas comunicacionais e interacionais

A análise do discurso dos atores sociais torna evidente que a comunicação e as interações que se estabelecem entre os diferentes elementos da equipa têm uma influência determinante na construção da interdisciplinaridade pelos profissionais. As dinâmicas comunicacionais e interacionais da equipa, surgem assim, como condições intervenientes na clarificação dos papéis profissionais, estratégia de ação indispensável à construção do fenómeno central deste estudo – a interdisciplinaridade.

A comunicação

Sendo a comunicação essencial ao Homem enquanto Ser em relação com o meio, ela ganha particular relevância nos grupos específicos em que a pessoa se movimenta e relaciona, de que são exemplo os grupos profissionais e as equipas de trabalho. Facilmente se intui que numa equipa em que se pretendem ligações estreitas ao ponto de negociar o poder sobre as tarefas, definir objetivos comuns e partilhar a tomada de decisão, a comunicação terá que ocupar um lugar central.

No discurso dos atores sociais, verificamos que a comunicação é essencial no que respeita à partilha e discussão dos profissionais sobre as perspetivas de cada um, mas também à transmissão de informação entre eles. A comunicação entre os profissionais acontece, segundo a Assistente Social, em momentos menos formais ou não-programados em que as



trocas de informação são necessárias:

“(...) também temos esses momentos não programados, que são benéficos se não também não conseguíamos estar a trabalhar no dia-a-dia se estivéssemos só à espera desses... dessas reuniões (...)” (E. 1, L. 618)

Acontece também em contexto de reunião de equipa, como refere a Enfermeira B:

“Por isso, é que é importante aquelas reuniões, para todos nós expormos as nossas ideias e falarmos, para chegarmos a um consenso, porque eu acho que cada um de nós tem perceção diferente.” (E. 4, L. 169)

De facto, percebemos que nas reuniões os profissionais têm oportunidade de, na presença de toda a equipa, partilhar informação e conhecimentos que constituem um contributo importante para os outros elementos da equipa. Pudemos verificar esta situação na observação das reuniões de equipa, em que por exemplo a Assistente Social, transmitiu à equipa algumas informações sobre os dados biográficos e familiares do utente em causa. (R.O. 4, L. 153)

Percebemos no discurso da Assistente Social que a troca de informação é diária, principalmente quando está em causa informação que requer ser conhecida no momento:

“As informações que são realmente importantes e que não podem passar daquele dia, são dadas diariamente.” (E. 1, L. 605)

Durante os períodos de observação, foi possível verificar que existem informações relacionadas com as rotinas da Unidade e o acompanhamento dos utentes internados, que são transmitidas entre alguns dos profissionais. Foi o caso de uma informação dada pormenorizadamente pela Assistente Social à Médica, à chegada desta à Unidade, sobre a recusa de um utente em fazer determinado exame de diagnóstico. (R.O. 3, L. 23)

A Enfermeira A acrescenta que o fator tempo é determinante no acesso à informação, quando fala sobre o aumento da sua carga horária e alteração de horário:

“E... e daí eu ter dito há pouco, notei muita diferença, já se nota a minha presença. Não é por ser eu a estar cá mas a presença... já consigo controlar tudo, consigo estar a par de todas as situações, pronto.” (E. 2, L. 292)



O discurso da Enfermeira A aponta mesmo para a existência de uma relação entre o acesso à informação e o tempo de permanência dos profissionais na Unidade, na medida em que esta última possibilita o contacto com um maior número de situações. A Enfermeira B partilha desta mesma opinião e exemplifica o caso do Médico, cuja ida diária à Unidade não lhe garante o acesso a toda a informação, devido ao tempo de permanência que é mais reduzido que o dos Enfermeiros, dos Fisioterapeutas e da Assistente Social:

“Os Médicos vêm cá todas as tardes mas não conhecem tão bem os doentes como nós [Enfermeiros] conhecemos, como a Assistente Social conhece...” (E. 4, L. 171)

O Fisioterapeuta considera que a Enfermagem é quem tem mais acesso à informação, pelo facto deste grupo profissional ter presença permanente na Unidade:

“A parte da Enfermagem está vinte e quatro horas, e talvez seja o profissional que tem um contacto, tem acesso a mais informação porque também está a nível das visitas familiares que os doentes recebem.” (E. 3, L. 343)

No entanto, a Assistente Social considera ser detentora da grande maioria da informação, pelo facto de estar a tempo inteiro na Unidade:

“Tudo passa por mim, como estou cá todos os dias, tudo passa por mim (...).” (R.O. 5, L. 150)

Já a Enfermeira B, refere que não só a Enfermagem, como também a Assistente Social, são os profissionais com acesso a mais informação dentro da equipa interdisciplinar, não apenas devido ao tempo de permanência na Unidade, mas também ao contacto mais frequente que mantêm com as famílias. No caso da Enfermagem o forte contacto com as famílias é proporcionado pela permanência na Unidade vinte e quatro horas por dia e no da Assistente Social pela intervenção específica que esta profissional desenvolve:

“(...) lá está, porque passamos tanto tempo com os doentes, a Assistente Social também está cá de Segunda a Sexta e tem também muito contacto com os familiares, e pronto... Nós falamos muito, é a Assistente Social e nós Enfermeiros, falamos muito uns com os outros e pronto, e acabamos por... trocar informação, eu troco informação sobre como o doente está, a Assistente Social fala-me acerca da situação familiar, o que é que se passa, a perspectiva depois da alta e tudo. Portanto, eu acho que somos nós, a Assistente Social e os Enfermeiros que têm mais informação.” (E. 4,



L. 349)

De igual forma, a Assistente Social considera que também os Enfermeiros, nomeadamente a Enfermeira-Coordenadora, tem um acesso privilegiado à informação, devido à sua permanência na Unidade:

“A informação também passa muito pela Enfermeira-Chefe, que está cá todas as manhãs e sempre que se passa informação chama-se sempre um enfermeiro porque é importante, eles têm que estar e saber (...).” (R.O. 5, L. 163)

Também a frequência da presença dos profissionais na Unidade, no caso daqueles que não têm um horário completo, é apontada como um fator condicionante do acesso à informação, como refere a Enfermeira A:

“(...) como estão em part-time, estão mais dias sem cá estar, não é, do que se fosse em full-time (...) é evidente, mas se um profissional está cinco dias ou seis sem vir ao serviço, claro que é evidente, que tem menos informações do que o colega que saiu daqui ou que vai sair naquele turno.” (E. 2, L. 610)

O fator espaço surge também com uma importância que merece ser destacada, na medida em que parece condicionar o acesso à informação. É neste sentido que aponta o discurso da Assistente Social, referindo-se aos Fisioterapeutas como o grupo desfavorecido uma vez que atua num espaço físico mais distanciado dos outros profissionais da equipa:

“se calhar, quem trabalha mais diretamente com a equipa (...), com os doentes e com os familiares, se calhar é mais beneficiada do que uma pessoa que esteja no rés-do-chão e que esteja só com os doentes, em que só fala com os familiares caso seja necessário.” (E. 1, L. 381)

Há ainda a acrescentar, a perceção da Assistente Social de que a comunicação entre os profissionais se vai alterando de acordo com fatores relacionais e associados às linguagens profissionais, influenciados pela longevidade da equipa:

“(...) no início isso [interpretações diferentes do mesmo problema] acontecia muito. (...) Mas agora, também, já com a experiência e como são os mesmos elementos já quase há cinco anos, portanto, também já conseguimos com que a linguagem já seja... igual para todos, mais ou menos.” (E. 1, L. 289)



As interações

Aliadas à comunicação surgem as interações que se desenvolvem dentro da equipa interdisciplinar entre os seus elementos, com variações em termos de tempo (duração e frequência), espaço e, também, relacionadas com as competências profissionais específicas de cada ator social.

Como refere o Fisioterapeuta, percebemos que as interações decorrentes das reuniões de equipa assumem um lugar importantíssimo para os profissionais pelo facto de ser este o momento onde é possível ter em presença a grande maioria dos profissionais da equipa:

“Eu acho que as reuniões são importantes porque... porque é quando os membros estão todos reunidos. Porque fora das reuniões é difícil encontrarmo-nos todos.” (E. 3, L. 323)

Na observação das interações dos profissionais em contexto de reunião de equipa, foi possível perceber que estes momentos são propícios à transmissão de algumas informações que não tendo carácter de urgência, se referem a resultados da intervenção de um profissional e são importantes para a intervenção de outros. A informação da Enfermeira B sobre a evolução da condição de uma utente, em contexto de reunião, ilustra esta ideia. (R.O. 4, L. 189)

Contudo, segundo o Fisioterapeuta, a interação entre os profissionais acontece, sobretudo, no dia-a-dia, nas mais variadas circunstâncias e de acordo com as necessidades. No entanto, não estão em presença todos os profissionais, como acontece na reunião de equipa:

“(...) a informação passa-se diariamente, só que nunca estão os elementos todos juntos. Eu falo com a Enfermeira num dia, ou com a Médica ou com a Assistente Social mas em momentos diferentes (...)” (E. 3, L. 332).



Vimos atrás que a Enfermeira A se refere ao fator tempo como determinante no acesso à informação, exemplificando as vantagens que sentiu com o aumento do seu horário de trabalho. Percebemos também que esta profissional atribui uma importância significativa à coincidência do seu horário com o de outros elementos da equipa, quando refere:

“(...) no hospital, só podia vir à tarde. Mas depois saía às quatro horas, pronto. Só que à tarde é difícil, de manhã é quando as coisas... quando flui tudo, não é, e à tarde, não. Já está tudo mais calmo e pronto.” (E. 2, L. 289)

Estabelece-se, assim, uma relação entre o tempo de interação (duração e simultaneidade) e o acesso à informação.

Também a frequência das interações ganha relevância no discurso da Assistente Social, que considera que a insuficiência da mesma, limita o acesso à informação e a participação nas dinâmicas da equipa, referindo tratar-se de uma dificuldade para os profissionais com horário a meio-tempo na Unidade:

“Eu às vezes também me esqueço que existe a Terapia da Fala e existe a Dietista, mas lá está, a Dietista vem cá de quinze em quinze dias e a Terapeuta da Fala vem cá duas vezes por semana. E é normal, quando falamos, falamos só... por exemplo com a Terapeuta da Fala só falamos dos doentes que são dela, que são poucos (...).” (E. 1, L. 703)

Mas se o tempo e a frequência da presença na Unidade são fundamentais por permitirem ao profissional o estabelecimento das interações em torno das quais se realiza a negociação do poder sobre tarefas e responsabilidades, a partilha de informação e conhecimento, a definição de objetivos comuns e a tomada de decisão partilhada, esses fatores também parecem deixar os sujeitos mais expostos a situações de conflito relacionadas com a sobreposição de tarefas. Nesta perspetiva, a Enfermeira B refere:

“Eu acho que acontece mais com a minha área, sim. Porque como nós somos Enfermeiros, que estamos vinte e quatro horas, não é, sentimo-nos responsáveis pelo internamento e pelos doentes e, muitas vezes, pronto, acho que... pode haver pessoas



que estejam presentes e que, de certa forma, sem querer, possam, em determinada altura, se intrometer, entre aspas, nas nossas intervenções. Mas eu acho que isso é uma coisa que acontece, naturalmente.” (E. 4, L. 155)

O discurso da Enfermeira B, sugere mesmo que o conflito relacionado com a sobreposição de tarefas acontece principalmente entre os profissionais mais presentes na Unidade e, por isso, entre os quais a interação é mais frequente:

“E como, por exemplo, nesta instituição onde há tantas pessoas, mesmo voluntárias, pronto, a Assistente Social também está muito presente, as Auxiliares também estão vinte e quatro horas connosco. Os Enfermeiros, pronto, eu acho que é... é fácil isso acontecer, eu acho que é muito fácil!” (E. 4, L. 147)

Também o fator espaço pode condicionar as interações entre os profissionais e a consequente participação nas dinâmicas da equipa. Segundo a Médica, a partilha do espaço onde decorre a intervenção dos profissionais, provoca a interação entre os mesmos:

“o único profissional com quem eu não tenho tanto contacto direto (...) é, realmente, o Fisioterapeuta. (...) Porque talvez esteja num... a trabalhar mais afastado, não é, daqui de cima (...) em termos do espaço, o espaço físico é diferente, está mais longe. E, portanto, não dá tanto para nós andarmos... termos um contacto direto.” (E. 5, L. 364)

No entanto, percebe-se ainda no discurso desta profissional que, além do espaço, também as competências profissionais específicas de cada ator social, determinam a ocorrência das interações, consoante as necessidades em causa:

“(...) porque talvez, são as que estão mais permanentemente no meu espaço físico, também. E (...) as duas profissões que me dão, ao fim ao cabo, mais aquilo que eu naquele momento também quero saber sobre o doente, que é a Assistente Social e são os Enfermeiros.” (E. 5, L. 460)

Segundo o Fisioterapeuta, a relação de interdependência existente entre a sua intervenção e a da Enfermagem, no que respeita à evolução da condição do utente, origina a transmissão frequente de informação entre as duas áreas profissionais:

“(...) no que nos diz respeito, da Fisioterapia... nós estamos mais em contacto com a parte da Enfermagem ou Auxiliares. Porque, pronto, para eles, no dia-a-dia, interessa-lhes muito, aqui, os progressos que têm a nível da Fisioterapia e estamos



quase diariamente a trocar informações.” (E. 3, L. 297)

Quando questionados sobre os profissionais com quem mais interagem, tanto a Médica como o Fisioterapeuta responderam ser com a Assistente Social e a Enfermagem, como podemos verificar nas respetivas afirmações destes profissionais:

“(...) aqui talvez interaja mais com o... o Enfermeiro e a Assistente Social. Acho que sim, são as duas pessoas que... as duas profissões, ao fim ao cabo, que eu tenho aqui mais ligação...” (E. 5, L. 453);

“É mais a Enfermagem, Auxiliares e Assistente Social” (E. 3, L. 394).

Verificamos também que a Assistente Social interage sobretudo com a Enfermagem e que o contrário também sucede. A Assistente Social relaciona o facto de interagir principalmente com a Enfermagem com o tempo de permanência deste grupo profissional na Unidade:

“Porque se a equipa de Enfermagem está cá sete horas seguidas e a equipa de Fisioterapia também, é normal (...)” (E. 1, L. 702)

Já as Enfermeiras A e B, respetivamente, concordam que a Assistente Social é uma das profissionais da equipa com quem a Enfermagem tem mais contacto, embora a Enfermeira

A salvedade que a interação com o Médico é mais próxima ainda:

“Mas a Assistente Social é a pessoa que mais... com quem estamos mais interligados, isto, volto a repetir, tirando a parte médica. Pronto, com a parte médica estamos diariamente, não é” (E. 2, L. 391);

“(...) mais com a Assistente Social, nós, Enfermeiros, mais com a Assistente Social” (E. 4, L. 396).

5.4.5- Clarificação dos Papéis Profissionais

A análise do discurso dos entrevistados, leva-nos a depreender que a clarificação do papel de cada profissional é a estratégia de ação que, sendo fortemente influenciada pelas dinâmicas comunicacionais e interacionais, permite a construção da interdisciplinaridade



pelos profissionais, na medida em que possibilita a identificação das competências profissionais específicas de cada um, alavancando assim um processo de negociação do poder sobre as tarefas, responsabilidades e papéis mais consciente e claro.

É possível constatar no discurso de alguns profissionais a existência de situações em que a confusão de papéis levantou dificuldades à equipa e ao desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar. A experiência do sentimento de confusão de papéis é perceptível na afirmação da Enfermeira A quando esta refere:

“(...) chegámos às vezes a uma conclusão que parece que ninguém sabia quem era quem.” (E. 2, L. 268)

Já no discurso da Assistente Social está presente a referência a situações em que a existência de preconceitos sobre o seu papel interferiu nas dinâmicas da equipa:

“(...) depois há um ou outro elemento que, às vezes, pensa que... que eu tenho a obrigação de ajudar tudo e todos e «coitadinho do doente tal, porque é que o doente tal conseguiu isto e para o doente y não conseguiu?»” (E. 1, L. 209)

No discurso da Assistente Social percebemos mesmo a preocupação com a clarificação do seu papel profissional na equipa:

“(...) eu tive que justificar porque é que ao doente y tinha tido um papel assim e ao doente x tive outro, em situações diferentes, porque eram pessoas diferentes, com famílias diferentes, com quotidianos diferentes.” (E. 1, L. 219)

A utilização do termo “justificar” quando faz referência à necessidade que sentiu de explicar a própria intervenção, enfatiza a importância de os profissionais clarificarem o seu papel.

Outro aspeto importante que percebemos no discurso da Assistente Social é o facto de a clarificação de papéis não ser uma etapa estanque que uma vez ultrapassada não volta a ser necessária. Pelo contrário, percebemos que ela é recorrente e intrínseca às interações profissionais:

“Quando me questionam porque é que isto acontece, ou aqueloutro acontece, ou o



que é que se vai fazer ao doente, eu também, (...) esclareço sempre os... os vários elementos, tal como eles também me esclarecem a mim de algumas coisas que os utentes têm.” (E. 1, L. 228)

A Assistente Social menciona que, noutros momentos, percebeu que também ela podia estar a interferir na esfera de ação de outros profissionais, neste caso referindo-se à Enfermagem, tendo a consciência disso levado a que procurasse alterar a sua forma de atuação:

“E eu tive receio que fosse isso que eles sentissem. Portanto... e... e eu tentei começar a alterar um bocadinho isso (...).” (E. 1, L. 154)

Percebemos na análise do discurso da Enfermeira A, referindo-se à mesma situação que a Assistente Social, que a tomada de consciência da interferência no campo de atuação de outro profissional e a consequente mudança, acontece ao longo de uma linha temporal em que os protagonistas experimentam o conflito, defendem o seu objeto de intervenção profissional e negociam o poder sobre tarefas e responsabilidades:

“Interferia muito e... nós entendíamos que não... E ela chegou à conclusão que nós estávamos corretas! Não era pelo facto de, de... Mas havia coisas que não... não dava, não tinha que ser da parte da Assistente Social, que tinha que resolver aqueles problemas. Tínhamos que ser nós, Enfermeiros!” (E. 2, L. 418)

No discurso da Assistente Social está também refletido o caminho já feito de clarificação de papéis e do poder sobre a tarefa, quando se refere à preparação da alta, mas também à definição da data de alta, responsabilidade que reclama ser sua:

“[Os outros profissionais] sabem que eu é que vou preparar a alta, sabem que eu é que, com a família, vou resolver as coisas ou aquilo que é necessário para o próprio doente, dou as... dou também quais... quais os locais onde deverão ir (...). Portanto, eles sabem que disso estão descansados. Por isso, eu penso que eles percebem, também, qual é que é o meu papel aqui dentro.” (E. 1, L. 203);

“(...) eles sabem perfeitamente que depois sou eu, mais ou menos, que giro as altas, e que enquanto não tiver a alta social, eles sabem que também não podem dar a alta” (E. 1, L. 201)



Percebe-se, pois, no discurso dos atores sociais que é através da clarificação dos papéis de cada profissional que os profissionais vão negociando o poder sobre tarefas e responsabilidades, as linhas que são transponíveis por outros e os limites da ação de cada um. Neste sentido, a Assistente Social refere a importância de os papéis estarem definidos com clareza, evitando a sobreposição dos mesmos:

“(...) eu acho que os papéis têm que estar muito bem definidos. Nem eu posso fazer o papel da enfermagem... do Enfermeiro, nem do Médico, nem do Fisioterapeuta, nem eles podem fazer o meu papel.” (E. 1, L. 242)

No mesmo sentido vão os discursos da Enfermeira A, do Fisioterapeuta e da Médica, respetivamente, que fazem referência ao facto de o poder sobre as tarefas poder ser partilhado, mas sem prejuízo do poder do especialista sobre as mesmas:

“(...) nós somos Enfermeiros, temos algumas ideias ou conhecimentos, não é, posicionamentos e disto e daquilo, mas nada como o Fisioterapeuta, não é, como é evidente.” (E. 2, L. 70)

“(...) é melhor ser o especialista da área a fazer do que estarem outros a fazer.” (E. 3, L. 123)

“Se houver algum problema que... como é que hei-de... sob o ponto de vista, principalmente, médico, os transcende, é evidente que o Médico terá que intervir (...)” (E. 5, L. 159).

A existência de papéis distintos que precisam ser clarificados aparece, no discurso da Médica, como inevitável e a via para o entendimento que possibilita a construção da interdisciplinaridade:

“Eu acho que cada qual tem o seu papel. Cada qual tem o seu papel a desenvolver e a intervir, ao fim ao cabo. E que, depois, em conjunto terão que encontrar uma solução, é isso que eu acho.” (E. 5, L. 216)

5.4.6- Colaboração interprofissional

Questionado sobre o papel desempenhado pelos outros profissionais da equipa, o Fisioterapeuta foi claro quanto à valorização da diversidade de saberes como meio que



permite uma abordagem integrada da pessoa:

“(...) para o doente ter um... para ter um processo de reabilitação, tem que haver um conjunto da equipa multidisciplinar.” (E. 3, L. 36)

Esta valorização da diversidade de saberes e reconhecimento das mais-valias que traz à intervenção, que de resto foi transversal ao discurso de todos os entrevistados, parece sair reforçada quando se verifica a clarificação dos papéis de cada profissional da equipa. Constatamos que uma dinâmica de colaboração interprofissional, só é possível quando os profissionais têm do seu papel e do papel dos outros uma perceção esclarecida, que viabilize a valorização dos diferentes papéis e o modo como o seu cruzamento se traduz em mais-valias para a equipa profissional.

Verifica-se que a valorização do papel dos outros profissionais, aparece frequentemente ligada a circunstâncias em que profissionais de diferentes áreas, desenvolvem interações de colaboração, o que podemos constatar nas seguintes afirmações da Enfermeira A:

“(...) com a Dr.ª [Assistente Social], portanto, normalmente, há aí um feedback muito grande entre nós... e interajuda... até nós... ela... ajuda-nos muito a nós, também. (...) No início não era assim...” (E. 2, L. 393);

“E eles [Fisioterapeutas], quando precisam mais da nossa [Enfermeiros] colaboração, contactam-nos, ou nós, também, muitas vezes com eles, portanto, acho que está tudo interligado, somos todos precisos.” (E. 2, L. 72)

Não só a Enfermeira A faz referência à colaboração frequente entre Enfermeiros e Fisioterapeutas, como o Fisioterapeuta verbaliza a mesma experiência, reforçando a mais-valia que constitui a colaboração dos outros profissionais na sua intervenção:

“Por exemplo, nós aqui na Fisioterapia, cada doente vem uma vez por dia, e há doentes que, por exemplo, vêm de manhã, à tarde estão lá no internamento, e eles só conseguem andar com andador com ajuda, alguns, e nós pedimos às Auxiliares e à Enfermeira da parte da tarde “olhe, pode andar com o Sr. José um bocadinho aqui no corredor, para ele não estar a tarde toda sentado?”, e eles fazem esse papel, ajudam-nos muito nesse aspeto.” (E. 3, L. 150)

O Fisioterapeuta entende a partilha da responsabilidade sobre determinadas tarefas com a



Enfermagem, como uma mais-valia para o utente, estando aqui subjacente a noção de objetivos comuns à equipa. Percebemos também um sentimento de segurança e clareza relativamente àquele que é o seu papel na equipa e o dos Enfermeiros, quando se refere à colaboração entre ambos:

“(...) eu vejo como uma vantagem porque não é... não é em termos de rivalidade, é em termos de interajuda. Nós pedimos para eles andarem com os doentes porque é benéfico para o doente, não é para estar a passar o meu trabalho para eles. É para o doente ser ajudado e a reabilitação ser mais rápida e mais eficaz.” (E. 3, L. 175)

O Fisioterapeuta refere-se ainda à importância que atribui à existência de um trabalho em colaboração com o Médico, na medida em que a intervenção deste profissional passa pelo diagnóstico clínico, condicionando, por isso, a intervenção dos restantes elementos da equipa:

“A parte do Médico, normalmente é mais importante porque... porque tem que diagnosticar a lesão e fazer a medicação e se esse diagnóstico não for bem feito, depois o resto do trabalho, também, pode não estar a ser o mais adequado.” (E. 3, L. 94)

Por fim, há também a salientar as práticas colaborativas da Assistente Social, sugeridas na perspetiva da Médica, segundo a qual a Assistente Social, pela natureza da intervenção que desenvolve, constitui um elo de ligação entre os profissionais da equipa:

“Eu acho que o papel dela, para mim, ao fim ao cabo, dentro de todos aqui na instituição, talvez seja aquele que exerce um papel... aquela que exerce um papel fundamental, porque é ela que faz de elo de ligação entre todas as pessoas e que está aqui todos, todos, todos os dias (...).” (E. 5, L. 88)



Capítulo 6- Discussão e Interpretação dos Dados

Seguidamente, apresentamos a discussão e interpretação dos dados recolhidos durante o processo de investigação, os quais procuramos analisar em articulação com as categorias teóricas sensibilizadoras apresentadas na Parte I.

Os contributos teóricos de Japiassú (1976), Pombo (2004) e Abramson e Bronstein (2008), permitem-nos sintetizar a definição de interdisciplinaridade da seguinte forma: presença de diferentes saberes disciplinares e profissionais; existência de uma axiomática comum que ocupa um nível hierárquico superior, introduzindo a noção de finalidade na coordenação da ação; divisão de papéis baseada no conhecimento de cada profissional; definição de objetivos comuns; concertação da atuação; interdependência, interação, cooperação, a colaboração e o diálogo; possível transposição de metodologias e instrumentos e importação de conteúdos; tomada de decisão partilhada.

Vimos, também, que o **conceito de interdisciplinaridade** nem sempre é compreendido, sendo mesmo confundido com o de multidisciplinaridade, levando a que se utilizem, por vezes, erradamente, como sinónimos. A análise dos discursos dos atores sociais, permite verificar que o significado do termo interdisciplinaridade nem sempre é claro, havendo momentos em que o mesmo profissional emprega os termos “interdisciplinaridade” e “multidisciplinaridade”, como se de sinónimos se tratassem, tendo mesmo ocorrido que um dos entrevistados tenha perguntado no decurso da entrevista qual dos conceitos deveria utilizar. Sendo certo que a falta de clareza quanto à definição de interdisciplinaridade não facilita a compreensão das dinâmicas que o conceito encerra, constata-se ainda que essas



dinâmicas nem sempre estão esclarecidas ou não foram suficientemente racionalizadas ao ponto de se tornarem conscientes para os profissionais que as protagonizam.

Assim, a interdisciplinaridade foi definida pelos entrevistados como a existência de vários profissionais de áreas diferentes numa mesma equipa, que trocam informação entre si, definem objetivos comuns de intervenção e mantêm uma relação positiva, pautada pelo entendimento e respeito pelo outro. No entanto, perante a apresentação de uma lista de conceitos relacionados com a interdisciplinaridade, a escolha dos entrevistados recaiu sobre a comunicação, a colaboração e a tomada de decisão partilhada. Se a comunicação já encontrava expressão na definição dada espontaneamente pelos entrevistados, a colaboração e a tomada de decisão partilhada são uma “novidade”. O facto de estes “novos” conceitos – colaboração e tomada de decisão partilhada – não terem surgido espontaneamente no discurso dos entrevistados, leva-nos a depreender que estão pouco conscientes e menos racionalizados pelos atores sociais, embora estes lhes sejam sensíveis. Percebemos que a valorização da interdisciplinaridade é transversal a todos os profissionais pelo facto de permitir uma compreensão integrada da realidade e dos problemas, contudo, verificamos também que é a partilha de um **objeto comum** que configura os maiores desafios para os profissionais.

De facto, a prossecução da abordagem interdisciplinar esbarra não raras vezes na discussão sobre o *status*, nas diferenças de linguagens e valores profissionais, e na disputa pelo poder de decisão, sendo estes, fatores que estão intimamente ligados à socialização profissional. Dubar (1997) afirma que as profissões tendem a constituir-se em grupos de pares com códigos informais próprios, regras de seleção, interesses e linguagem comum, aos quais está associada uma “visão do mundo” que inclui pensamentos, valores e significações



relacionadas com o trabalho (Cf. Dubar, 1997: 134-135). Esta identificação com os pares e o assumir de determinada “visão do mundo” parece ser, muitas vezes, um constrangimento à prática interprofissional.

Se, por um lado, os profissionais valorizam a presença de diferentes especialistas na equipa, por outro, em vários momentos põem a ênfase na distinção do papel de cada um, considerando que sendo complementares não se substituem. Sendo esta premissa válida e legítima, a referência à mesma por parte dos profissionais foi, por vezes, associada às dificuldades sentidas na prática pela convivência dos especialistas presentes na equipa.

A alusão à **sobreposição de papéis** está nitidamente presente no discurso de alguns profissionais, embora estes refiram que a mesma foi mais frequente e perturbadora das relações interprofissionais nos primeiros anos de existência da equipa. Os atores sociais referem-se a interferências no seu campo de intervenção por outros profissionais a quem não reconhecem as competências de especialista, requeridas pela situação em causa; mas também ao facto de determinados profissionais estarem mais suscetíveis ao “risco” da sobreposição de papéis. Neste sentido, alguns entrevistados consideram que os profissionais mais presentes no campo, ou pertencentes a determinadas áreas, são mais facilmente atingidos pela sobreposição de papéis.

Nos dados recolhidos, surge a convicção de uma das Enfermeiras que refere que a Enfermagem tem um vasto campo de intervenção, considerando que por isso está mais suscetível a situações de conflito com outros profissionais, relacionadas com a sobreposição de tarefas. A mesma Enfermeira menciona que existem diversas tarefas para as quais mais do que um profissional tem competências, o que, não sendo sempre uma



visão partilhada pelos restantes entrevistados, caso não se invista no esclarecimento das diferentes perspetivas dentro da equipa sobre o assunto, deixa antever uma porta para o conflito resultante da sobreposição de papéis.

A competição pela responsabilidade sobre determinadas tarefas é visível no discurso de alguns profissionais da equipa, e ainda que se remetam sobretudo para episódios antigos, são perceptíveis pontos de divergência no que respeita ao poder sobre determinados domínios, que se prolongam até ao presente. Percebemos que os diferentes especialistas não estão dispostos a abdicar daquele que é o seu objeto de intervenção para outros profissionais cuja ação se cruza com a sua, e ao sentir o seu papel ameaçado, há uma tendência para competir pelo poder sobre o mesmo. Esta sobreposição a que se referem os atores sociais, parece estar relacionada com o desconhecimento daquele que é o papel dos outros profissionais, como defende a tese de Mariano (1989), segundo a qual, “a autonomia, a socialização e a formação profissional especializada leva muitos profissionais a acreditar que a sua disciplina é soberana. Consequentemente, poucos profissionais conhecem a prática, responsabilidades, e competências das outras disciplinas.” (Mariano, 1989: 286) A autora afirma que o desconhecimento do papel de profissionais de outras áreas, leva à ambiguidade de papéis e à existência de preconceitos sobre outras disciplinas, conduzindo a situações de sobreposição de papéis, competências e responsabilidades e, consequentemente, à discussão sobre o *status* profissional. (Mariano, 1989)

De facto, percebe-se que os atores sociais que participaram neste estudo, fizeram já um percurso no sentido do esclarecimento dos papéis de cada profissional e da negociação do poder sobre tarefas e responsabilidades e consequentemente do poder de decisão sobre as mesmas. Ainda que inconscientemente, os profissionais referem-se a determinadas



atividades que desenvolvem, reforçando que têm responsabilidade e poder de decisão sobre as mesmas. Em alguns casos, percebe-se que houve uma negociação na determinação da responsabilidade sobre tarefas, percebendo-se também que a mesma está associada à especialização de cada profissão ou aos espaços físicos onde cada profissional desenvolve a sua intervenção específica (o ginásio, o “internamento”). Contudo, a negociação observada está longe de ir ao encontro da visão de Japiassú, que refere que o espaço interdisciplinar tem que ser procurado “na negação e na superação das fronteiras disciplinares.” (Japiassú, 1976: 75) Na verdade, percebe-se que os papéis não estão totalmente esclarecidos e ainda persiste alguma competição relativamente à responsabilidade sobre determinadas tarefas, o que só por si inviabiliza essa “negação” e “superação” das fronteiras disciplinares, na perspetiva de Japiassú.

Apesar de existir a partilha da responsabilidade sobre algumas tarefas, de que é exemplo o apoio da Enfermagem ao treino de marcha dos utentes a pedido do Fisioterapeuta, parece não existir nesta partilha um propósito definido conjuntamente, tratando-se simplesmente de uma atividade de apoio ao utente que podia ser desenvolvida por qualquer elemento da equipa, independentemente das suas competências profissionais. Na maioria dos casos há uma defesa do papel de cada um e das suas atribuições específicas, numa tentativa de preservação do campo específico do saber e atuação da profissão.

A não negociação do poder sobre as tarefas e responsabilidades, dificulta à partida a definição de objetivos comuns e a partilha de informação e conhecimento e coloca, antes, o risco da competição entre profissionais e do conflito.

Apesar de se verificar a existência de **partilha de informação e conhecimento**,



nomeadamente das avaliações diagnósticas dos diversos profissionais, que de resto é apontada variadíssimas vezes pelo conjunto dos profissionais como uma dimensão fundamental no trabalho interdisciplinar, os seus efeitos passam sobretudo pela aquisição de informação extra para um melhor diagnóstico e uma intervenção mais adequada com o utente, e não tanto pela definição de objetivos comuns ou de intervenção conjunta de dois ou mais profissionais da equipa.

A partilha de informação acontece frequentemente no dia-a-dia dos profissionais, sobre os mais variados assuntos e conforme as necessidades sentidas, quer por quem tem novas informações a transmitir, quer em caso de dúvida levantada por algum elemento da equipa. De facto, não há dúvida quanto ao valor que a partilha de informação diagnóstica constitui, sendo considerada um contributo fundamental na intervenção dos profissionais e uma mais-valia que os mesmos reconhecem e à qual recorrem frequentemente, como foi possível presenciar nas reuniões de equipa: a Assistente Social procura o contributo dos outros profissionais para aferir os recursos de apoio social que a condição do utente vai requerer no período pós-alta, a Médica e o Fisioterapeuta informam-se das avaliações feitas pela Enfermagem diariamente e a Enfermagem procura informação junto da Assistente Social sobre o contexto familiar do utente. Estes são exemplos observados de situações em que os diferentes profissionais procuram o contributo de outros para obter uma mais-valia para a sua intervenção específica.

Vimos anteriormente que Pombo (2004), entende a interdisciplinaridade como a *combinação* entre duas ou mais disciplinas com vista à compreensão de um objeto a partir da confluência de pontos de vista diferentes e tendo como objetivo final a elaboração de uma síntese relativamente ao objeto comum, implicando alguma *reorganização* dos



processos de investigação e/ou ensino e supondo um *trabalho continuado* de cooperação ao nível da transposição de terminologias, tipos de discurso e argumentação, cooperação metodológica e instrumental, importação de conteúdos, problemas, exemplos, transferência de resultados e aplicações, etc. (Cf. Pombo, 2004: 37) Neste sentido, não há dúvida que os profissionais reconhecem na partilha de informação e conhecimento a possibilidade de uma visão integrada da pessoa e dos seus problemas, sendo que alguns profissionais são mesmo muito claros quanto ao facto de não dispensarem a avaliação diagnóstica dos outros profissionais, para fazerem o seu próprio diagnóstico, reconhecendo que de outro modo incorreriam numa análise deficitária ou mesmo errada. É o caso da Médica quando se refere à importância das informações obtidas através da Enfermagem; mas também do Fisioterapeuta quando menciona a indispensabilidade do diagnóstico clínico feito pela Médica e a importância do diagnóstico social na forma como aborda os utentes nas intervenções individuais.

Contudo, a partilha de informação e conhecimento verifica-se mais ao nível da partilha das avaliações diagnósticas dos diferentes profissionais como forma de enriquecer o próprio diagnóstico do que propriamente da elaboração de uma síntese diagnóstica do objeto comum, através de um trabalho conjunto e continuado dos diferentes especialistas e da cooperação metodológica de cada área do saber. Ainda que estejamos perante a ocorrência de trocas de informação mais ou menos frequentes, os especialistas estão ainda longe da integração real das disciplinas, preconizada por Japiassú (1976).

Segundo Japiassú, estamos na presença da interdisciplinaridade quando as disciplinas envolvidas incorporam resultados entre elas, partilham instrumentos e técnicas metodológicas, assim como partilham e integram esquemas conceituais que comparam e



fazem convergir. (Cf. Japiassú, 1976: 75) No entanto, este parece ser um dos passos mais delicados e em que os profissionais serão, eventualmente, mais cautelosos, na medida em que implica a abertura de fronteiras disciplinares e partilha de saberes metodológicos da própria área profissional.

Efetivamente, só a elaboração dessa síntese diagnóstica que traduza a avaliação integrada da pessoa, permite a definição de **objetivos comuns**. Sem a mesma, ainda que os diferentes profissionais formulem objetivos que se toquem, dificilmente serão mais do que a soma dos vários objetivos específicos de cada área de intervenção, podendo mesmo haver o risco de sobreposição de tarefas decorrente da elaboração não concertada dos mesmos.

Vimos anteriormente que a definição de objetivos comuns pela equipa foi uma das características da interdisciplinaridade apontadas por alguns profissionais da equipa e percebemos também, no decorrer das entrevistas, que é um aspeto valorizado de um modo geral, pelos profissionais. Ela é apontada como o resultado da reflexão e discussão da equipa, através do consenso sobre as metas a atingir pela equipa como um todo. A análise dos discursos dos atores sociais revela que esta é uma dimensão muito valorizada pelos profissionais, sendo associada a sentimentos de reconhecimento e valorização resultante da igualdade de oportunidade em contribuir com o conhecimento específico de cada saber para a compreensão do todo. É também entendida como fazendo parte do processo de abordagem integrada da pessoa que a equipa procura desenvolver para responder adequadamente aos seus problemas. Ora, a análise do discurso dos atores sociais revela que quando se referem a objetivos comuns, os profissionais remetem para a ideia da existência de um propósito comum a todos os elementos da equipa – a promoção da



autonomia, do bem-estar, da qualidade de vida – que é transversal à intervenção desenvolvida com todos os utentes em qualquer circunstância. Verifica-se, pois, a elaboração de objetivos pelos vários profissionais, cuja definição vai sem dúvida buscar contributos de outras áreas do saber, mas que são específicos de cada área de intervenção e cujo desenvolvimento é da responsabilidade de um determinado profissional, não se tratando de objetivos comuns a dois ou mais profissionais da equipa.

Na verdade, não identificamos no discurso dos profissionais qualquer referência a objetivos de intervenção definidos por dois profissionais e em que a operacionalização dos mesmos fosse concertada. Percebemos sim, que a intervenção de determinados profissionais está dependente da intervenção de outros, podendo aí haver uma maior troca de informação e interligação das ações dos profissionais, sendo esse o caso da Médica e dos Enfermeiros. Assim, estamos perante uma abordagem da realidade que não tem ainda o alcance interdisciplinar definido por Japiassú no que respeita à fusão das abordagens profissionais, mas em que decorrem abordagens paralelas de uma mesma realidade com permutas pontuais de informações entre especialistas e a ocorrência de colaborações não estruturadas. Verifica-se também, por vezes, a integração apenas formal dos diferentes saberes e a definição de um objetivo comum à equipa ainda que abordado com enfoques e pontos de vista distintos. (Cf. Japiassú, 1976: 85-86)

A **partilha da tomada de decisão** é uma das premissas do trabalho interdisciplinar e a sua seleção por vários profissionais, de uma lista de diversos conceitos, põe em evidência o seu significado para os atores sociais.

De facto, os processos de tomada de decisão, pela importância que assumem, são



reveladores do carácter de interdisciplinaridade que as equipas profissionais assumem. Segundo Mariano, “uma eficaz tomada de decisão pela equipa inclui: uma explícita definição do problema, clareza relativamente às funções de cada membro e envolvimento na decisão, a existência de dados suficientes e relevantes sobre o problema, opções e alternativas de resolução, estudo das várias alternativas, compromisso com a ação e atribuição de responsabilidades específicas.” (Mariano, 1989: 287) A autora refere ainda que, não tendo o consenso que ser uma decisão unânime, deve garantir que todos os profissionais têm igualdade de oportunidade para influenciar a deliberação da equipa. (Cf. Mariano, 1989: 287)

A tomada de decisão partilhada foi mesmo uma das dimensões do trabalho interdisciplinar mais consensual entre os entrevistados, na medida em que todos consideram que as tomadas de decisão da equipa são partilhadas. Neste sentido, os profissionais consideram que não há prevalência da opinião de um profissional em detrimento da de outro, referindo que a mesma era resultado da consideração de todas as opiniões.

Percebemos pelo discurso dos atores sociais, mas também pela observação efetuada nas reuniões de equipa, que o poder sobre a tomada de decisão está associado ao conhecimento dos especialistas sobre a problemática em causa, poder esse que se reflete como foi exemplificado por alguns profissionais, no momento de decidir sobre eventuais propostas de prorrogação do internamento do utente – em que recai sobretudo sobre o Fisioterapeuta, o Enfermeiro ou o Médico – ou na definição do momento da alta do utente – recaindo aí sobre a Assistente Social. A referência de uma das profissionais entrevistadas a uma situação em que face à necessidade de decidir sobre a prorrogação do internamento de um utente, todos os profissionais foram auscultados, tendo sido um elemento da equipa com



presença reduzida na Unidade, devido ao horário em *part-time*, e que por essa razão não tem participação na reunião de equipa, que acabou por ter um peso importante na decisão final, revela o empenho e a abertura existente ao envolvimento de todos os profissionais nos processos decisórios. Este poder de decisão associado ao conhecimento é reconhecido por todos os profissionais que o consideram desejável, havendo mesmo quem fizesse referência ao facto de ser também uma prática resultante da filosofia da RNCCI. A aceitação da partilha do poder de decisão traduz-se, assim, no reconhecimento do *status* de cada profissional, associado ao conhecimento daquele que é especialista em determinada matéria, o que sugere que essa seja a razão pela qual é dada maior ênfase à partilha da tomada de decisão do que, por exemplo, à definição de objetivos comuns.

Mas as tomadas de decisão, ainda que associadas ao conhecimento de cada especialista, não são isentas de dificuldades e os entrevistados fazem referência ao facto de nem sempre haver consenso, o que dificulta a tomada de decisão. Neste sentido, o contributo de Pinho (2006) é relevante pelo facto de a autora afirmar que as diferenças de opinião e o conflito dentro de uma equipa com profissionais de áreas diferentes são inevitáveis, mas também desejáveis para promover o crescimento e desenvolvimento da equipa, a inovação e a solução de problemas de forma criativa. O êxito obtido na confrontação e resolução das diferenças promove o aumento da confiança e compreensão entre os membros da equipa. (Cf. Pinho, 2006: 73) De facto, constatamos no discurso dos entrevistados que o desacordo pode surgir relacionado com as diferentes perspetivas de cada profissional. Em causa, estão as diferentes “visões do mundo” de cada um, relacionadas com a socialização profissional (Cf. Dubar, 1997: 134-135), mas também pode estar em causa a inexistência de objetivos comuns, surgindo o conflito, neste último caso, da competição entre os objetivos específicos de áreas profissionais distintas.



Percebemos também no discurso dos entrevistados que as fronteiras disciplinares são ténues, e assim como a sobreposição de tarefas e a competição pelas mesmas pode conduzir ao conflito, de igual forma, a reclamação do poder na tomada de decisão pode acontecer. Se, por um lado, em determinadas circunstâncias alguns profissionais referem que algumas profissões “se tocam muito”, aludindo às fronteiras do saber, por outro, os entrevistados também são claros quanto ao facto de os papéis e do poder sobre as tarefas terem que estar muito bem definidos. Ora, quando está em causa uma dimensão que pode ser alvo da intervenção de mais do que uma profissão, o conflito é emergente.

Embora se verifique a abertura dos profissionais à diferença de opiniões, à cedência e à geração de consenso, constatamos também que em determinadas situações, na ausência do mesmo entre dois profissionais, há um reconhecimento do papel do Médico como aquele que tem o poder de decisão nessas circunstâncias. Curiosamente, a Médica entrevistada não partilha desta opinião, tendo mesmo reforçado não considerar ter mais poder na influência das decisões do que qualquer outro elemento da equipa.

Torna-se interessante trazer para a discussão o contributo de Abramson e Mizrahi (1996), que num estudo sobre a colaboração profissional entre Assistentes Sociais e Médicos, verificaram que os primeiros enfatizaram a sua interação com os Médicos, e os segundos atribuíram mais significado à competência daqueles do que a fatores interacionais. (Cf. Abramson e Mizrahi, 1996: 278) Segundo as autoras, a constatação desta divergência destaca as diferenças de modelos de intervenção e de experiências de socialização profissional, de profissão para profissão. Segundo as autoras, os Médicos têm, já adquirido, poder e um *status* elevado, não tendo, por isso, sentido necessidade nem motivação para



trabalhar em colaboração com os Assistentes Sociais que, por sua vez, se mostraram motivados para reforçar o seu papel na prestação de cuidados e empenhados em ter voz ativa na tomada de decisão (Abramson & Mizrahi, 1986: 2). De facto, verificamos que a Médica entrevistada não revelou qualquer dificuldade relacionada com a sobreposição de tarefas, com o poder de decisão ou com a não compreensão do seu papel, o que podemos eventualmente atribuir à existência de um *status* socialmente reconhecido e interiorizado pelos demais atores sociais. Já os outros profissionais referiram, todos eles, pelo menos uma destas dificuldades, o que pode justificar a relevância dada à tomada de decisão partilhada nos discursos dos entrevistados. Assim, constatamos que determinadas profissões podem enfrentar um desafio maior no que respeita ao reconhecimento do seu papel e do seu poder de decisão, sentindo a necessidade de afirmação do próprio papel, com consequências significativas ao nível das dinâmicas interdisciplinares.

Percebemos, pois, que a presença de diferentes profissionais na mesma equipa, leva a que os mesmos se confrontem com alguma frequência com a existência de **limites à sua autonomia profissional**, relacionados com o facto de partilharem o objeto de intervenção. O exemplo referido anteriormente sobre o recurso ao Médico quando não existe consenso, mostra isso mesmo, na medida em que se a intervenção específica de cada elemento da equipa não dependesse da avaliação de outro, em determinadas situações, os profissionais não precisariam de obter a concordância prévia de outros elementos da equipa para definir a sua intervenção.

Verificamos que os atores sociais verbalizam esse condicionamento da autonomia profissional, assim como a aceitação do mesmo, considerando que se trata da via que garante a opção pela intervenção mais adequada à situação do utente, com base numa



abordagem integrada da pessoa e dos seus problemas e, por isso, desejável e necessária. Neste sentido, os profissionais aceitam o facto de terem que, por vezes, ceder em função do bem-estar do utente. Embora calculemos que a cedência não será imune a constrangimentos e sentimentos de *status* ameaçado, o discurso dos entrevistados sobre a cedência e sobre os limites à própria autonomia profissional, revela a importância que atribuem ao respeito entre profissionais e a valorização da diversidade de saberes e da definição de um objetivo comum. Na verdade, o discurso dos entrevistados mostra que a incidência de **conflito** era mais frequente nos primeiros anos de existência da equipa e aparecem associados, sobretudo, à sobreposição de papéis.

Importa aqui evidenciar a particularidade das equipas da RNCCI no que respeita à convivência entre especialistas de áreas tão diversas, que leva a quebrar as tradicionais relações hierárquicas, constituindo assim um desafio maior para os profissionais, no que toca à negociação de papéis, à partilha de informação e conhecimento, à definição de objetivos comuns e à partilha da tomada de decisão. O discurso do Fisioterapeuta realça o reconhecimento do poder de decisão do Médico em situações de ausência de consenso, no caso, entre Enfermeiro e Fisioterapeuta. Apesar de estar em causa um caso clínico, tratava-se de uma situação sobre a qual qualquer dos profissionais envolvidos tinha autonomia profissional para deliberar, sendo no entanto necessário o consenso, por estarem presentes duas perspetivas profissionais distintas. Contudo, o reconhecimento do poder do Médico sobrepôs-se, no discurso do Fisioterapeuta, à possibilidade da definição de objetivos comuns e da partilha do poder de decisão entre os dois profissionais discordantes.

Constatamos que o reconhecimento do poder e *status* associado ao papel do Médico, influencia o modo de pensar dos atores sociais, assim como as interações profissionais



dentro da equipa, reconhecimento esse que, por sua vez, está intimamente ligado às tradicionais relações hierárquicas do contexto hospitalar, em que este profissional assume uma posição superior relativamente aos outros.

A influência dos contextos tradicionais de intervenção de algumas profissões, pode ser percebida também no discurso das Enfermeiras entrevistadas quando reclamam o poder sobre aquilo que denominam de “internamento”, isto é, os espaços físicos onde habitualmente se desenvolve a intervenção específica da Enfermagem, nomeadamente o quarto do utente e as salas de observação e tratamento. Em contexto hospitalar, os Enfermeiros são quem detém o controlo e o poder sobre as atividades que aí decorrem, razão pela qual, como vimos anteriormente, as Enfermeiras se referem ao vasto campo de intervenção da Enfermagem.

Sem prejuízo da relevância do papel desempenhado pelos Enfermeiros no contexto da RNCCI, razão pela qual a sua presença nas Unidades de Internamento é permanente, a RNCCI preconiza uma outra lógica onde as várias intervenções coexistem, comunicam, interagem e são interdependentes. Neste novo contexto, e perfilhando a lógica da RNCCI, outros profissionais reclamam a partilha dos espaços, e da intervenção aí desenvolvida, atribuídos à Enfermagem, desde há muito, nos contextos em que esta se movimenta tradicionalmente. A própria abordagem da pessoa é distinta, sendo que se no hospital o utente fica muitas vezes confinado ao quarto e até ao leito, pela condição de saúde que apresenta, a filosofia da RNCCI prevê um estímulo constante à autonomia que contrarie a associação da pessoa com dependência à doença.

De facto, o conflito pode surgir desta disputa pelos espaços e intervenções, pois a eles está



associado o poder sobre determinadas tarefas, o *status* e a identidade profissional dos atores sociais, adquirida ao longo dos processos de socialização profissional. Essa disputa é perceptível no discurso de uma das Enfermeiras entrevistadas quando faz a distinção dos profissionais “de dentro” do internamento, isto é, Enfermeiros e Auxiliares de Ação Médica; dos “de fora”, percebendo-se no seu raciocínio a presença de duas equipas que, interagindo, seriam distintas. Ainda que noutros momentos da entrevista a mesma Enfermeira valorize a diversidade de saberes na equipa, assim como a partilha do poder de decisão, ela sublinha a responsabilidade inigualável e a soberania do Enfermeiro “dentro” do internamento, referindo-se aos outros profissionais (com exceção dos Médicos e Auxiliares), como “utilizadores” do serviço.

Importa também referir que não há dúvida que existe uma interdependência das tarefas desenvolvidas por Enfermeiros e Médicos, que faz com que estas profissões interajam como uma frequência maior entre si do que com os outros profissionais da equipa. Exemplo disso é o facto de o Médico estar permanentemente contactável para a equipa de Enfermagem. No entanto, tendo em conta que no contexto da RNCCI⁴, o Médico nem sempre é o profissional mais presente, a primazia desta relação tende a diminuir, dando lugar a novas relações profissionais de interdependência.

⁴ Referimo-nos aqui à tipologia de Média Duração e Reabilitação, uma vez que foi esse o campo da presente investigação.



Em suma, a sobreposição de papéis, o condicionamento da autonomia profissional e a luta pelo *status* e pelo poder sobre a tomada de decisão, são fatores que, fortemente ligados à socialização profissional, potenciam o conflito, dificultando o trabalho interdisciplinar.

Apesar do reconhecimento das vantagens da interdisciplinaridade na prestação de cuidados pelos profissionais e dos esforços empreendidos nesse sentido, vimos anteriormente que na perspectiva de Pombo (2004) “(...) a interdisciplinaridade é sempre um cruzamento disciplinar *cauteloso*. Os participantes não abdicam dos seus privilégios territoriais, das suas fronteiras disciplinares no interior das quais se sentem seguros de uma qualquer competência científica. Aceitam partilhar paradigmas, conceitos, metodologias, mas nunca ao ponto de diluir os objetos de que vivem. A cautela interdisciplinar é portanto mais corporativa do que cognitiva. Poderíamos mesmo falar de um quase *recalcamento coletivo* da questão da disciplinarização do conhecimento.” (Pombo, 2004: 160)

A perceção que os profissionais têm do seu próprio papel aparece aqui, frequentemente associada ao desempenho da sua profissão, o que, de certo modo, já era esperado. Os relatos dos profissionais remetem para as tarefas que desenvolvem, objetivos de intervenção, objeto de intervenção, mais-valias trazidas para a equipa e o contributo para a avaliação integrada dos problemas. Dos seus discursos emanam os modelos de intervenção específicos de cada profissão e uma determinada “visão do mundo”, que como refere McCallin (2009), condicionam o pensamento e a atuação dos profissionais, caracterizam as suas identidades profissionais e têm impacto na forma própria de pensar de cada grupo profissional. (Cf. McCallin, 2009: 63) O desconhecimento das abordagens conceptuais de outras profissões, sobre as quais podemos ter uma visão deturpada por representações e



preconceitos, permite-nos antever dificuldades de diálogo interprofissional devido às diferentes linguagens em causa. De facto, a Assistente Social fez referência ao facto de sentir que o seu trabalho nem sempre era compreendido pelos outros profissionais; é também de notar que se confronta, por vezes, com a existência de preconceitos sobre a sua profissão, que condicionam a compreensão da intervenção que desenvolve; além de que o Fisioterapeuta admitiu nem sempre compreender o trabalho desenvolvido por esta profissional. Deste modo, podemos afirmar que a perceção dos papéis profissionais, quer do próprio quer do dos outros, influencia grandemente o trabalho interdisciplinar.

Dubar (1997) afirma que as profissões tendem a constituir-se em grupos de pares com códigos informais próprios, regras de seleção, interesses e linguagem comum, aos quais está associada uma “visão do mundo” que inclui pensamentos, valores e significações relacionadas com o trabalho (Cf. Dubar, 1997: 134-135). De facto, verificamos, tanto no discurso das Enfermeiras como no do Fisioterapeuta, que contam com a presença na equipa de profissionais do mesmo grupo profissional, que utilizam os termos “nós” e “eles” para se referirem aos profissionais da mesma área e aos de outra. Verificamos ainda que, por mais do que uma vez, estes profissionais, quando questionados sobre a equipa (interdisciplinar), interpretavam que a questão se referia ao seu grupo profissional. Percebemos assim como a identificação com os pares está tão presente no modo de pensar dos atores sociais. Abramson e Bronstein (2008) referem que a socialização profissional transporta consigo valores, linguagem e formas de resolver os problemas, que estão muitas vezes na origem das discordâncias entre os membros da equipa. (Cf. Abramson e Bronstein, 2008)

Não está em causa o valor atribuído ao contributo trazido pelos outros profissionais, pois

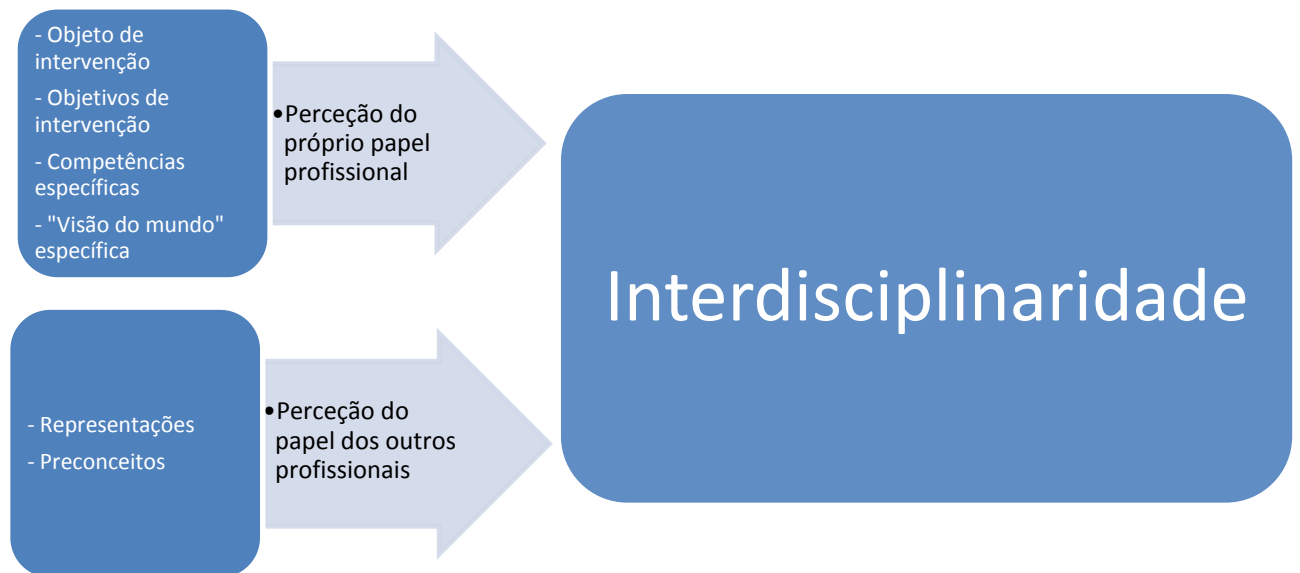


esse é claramente percebido no discurso de todos os entrevistados, que identificam inclusivamente repercussões positivas da intervenção dos outros profissionais na sua própria intervenção. Vimos, no discurso da Médica, que esta profissional não concebe o desenvolvimento do seu papel no contexto da RNCCI, sem o contributo dos outros profissionais, nomeadamente da informação diagnóstica que estes lhe dão, desde a Enfermagem, ao Fisioterapeuta e mesmo à Assistente Social.

Em jogo, estão pois, as fronteiras disciplinares e o sentimento de ameaça que advém da transponibilidade destas por profissionais de outras áreas. Japiassú (1976) defende que a interdisciplinaridade implica a transponibilidade das fronteiras dos campos disciplinares de cada profissão, através de uma dinâmica de cooperação e diálogo entre as disciplinas do conhecimento, assim como organização e articulação coordenada da ação, orientada por um interesse comum. Mas refere também que se passa “por graus sucessivos de cooperação e de coordenação crescentes” até se alcançar a interdisciplinaridade. (Japiassú, 1976: 75) Percebemos no discurso do autor que a maturidade da equipa e o grau de entendimento que os profissionais tendencialmente vão conseguindo ao longo do tempo, contribui para a diminuição das situações de tensão, na medida em que os profissionais encontram o equilíbrio entre a necessidade de colaboração e a necessidade de preservar as fronteiras disciplinares e o seu estatuto de especialista.

Podemos, pois, sintetizar a relação entre a perceção dos papéis profissionais e as dinâmicas interdisciplinares, da seguinte forma:

Figura n.º 2 – A perceção dos papéis enquanto condição causal da Interdisciplinaridade



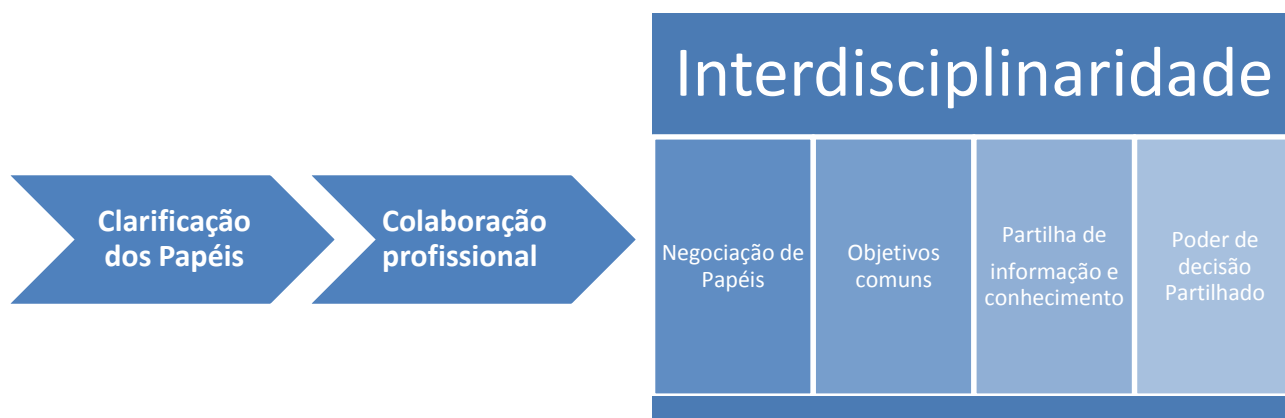
A **clarificação dos papéis profissionais** surge assim como a via que permite desmontar preconceitos e negociar papéis. Citando Ducanis Golin⁵, Mariano reforça que não só é importante a clarificação dos papéis dos vários elementos da equipa interdisciplinar através do esclarecimento sobre as expectativas de cada profissional, da identificação das competências próprias de cada um, da exploração de responsabilidades sobrepostas e da

⁵ DUCANIS, A. J., and GOLIN, A. K. (1979), *The interdisciplinary Health Care Term: A Hand-book*. Germantown. MD. Aspen Publishers.



negociação da transferência de papéis; como também é indispensável o conhecimento aprofundado da própria disciplina, que dê aos profissionais a segurança e competência profissional para comunicar os pontos fortes, limitações e contribuições que a mesma pode ter para o todo. (Cf. Ducanis Golin; Cit. In Mariano, 1989: 286-287) O desafio surge assim com duas faces, mas o discurso da Assistente Social evidencia como de facto é indispensável o conhecimento aprofundado da própria profissão, quando manifesta preocupação com a clarificação do seu papel profissional na equipa, referindo ter já sentido necessidade de “justificar” a própria intervenção perante outros profissionais da equipa. Mariano (1989) acrescenta que “a segurança na própria disciplina permite a cada membro ter a liberdade necessária para ser verdadeiramente interdisciplinar.” (Mariano, 1989: 286) Essa segurança disciplinar facilita a atitude de abdicar de um certo grau de autonomia em função do desempenho da equipa, sem com isso sentir perda de *status* profissional.

Percebemos no discurso dos entrevistados que algum caminho já foi percorrido no sentido da clarificação dos papéis de cada profissional, mas o relato da Assistente Social sugere que não se trata uma etapa estanque que uma vez ultrapassada não volta a ser necessária. Pelo contrário, o discurso desta profissional evidencia que ela é recorrente e intrínseca às interações profissionais. Através da clarificação de papéis, os profissionais vão negociando o poder sobre tarefas e responsabilidades, as linhas que são transponíveis por outros e os limites da ação de cada um. Em diversos momentos, os vários entrevistados referem a importância de os papéis estarem definidos com clareza, evitando sobreposições, mas salvaguardando o poder do especialista sobre determinadas tarefas e responsabilidades. A clarificação dos papéis surge assim como estratégia que permite chegar à interdisciplinaridade, cujas dinâmicas implicam uma forte relação de colaboração entre os profissionais, conforme ilustramos na Figura n.º 3.

Figura n.º 3 – A clarificação dos papéis como estratégia para a Interdisciplinaridade

Mas a análise do discurso dos atores sociais revela ainda que a comunicação e as interações que se estabelecem entre os diferentes elementos da equipa influenciam, também elas, a interdisciplinaridade, razão pela qual constituem a subcategoria denominada *condições intervenientes*. O discurso dos atores sociais, evidencia a importância que atribuem à **comunicação** como meio para a partilha de informação e discussão. Neste sentido, Mariano (1989) refere que a partilha de ideias, conhecimento, discordâncias, a negociação, a formação da equipa, só são possíveis num clima de abertura e respeito que permita a todos que expressem opiniões e sentimentos, e constituem condição para o funcionamento eficaz da equipa. (Cf. Mariano, 1989: 287)

Verificamos que a comunicação entre os profissionais acontece em momentos mais ou menos formais, muitas vezes não-programados, ou em contexto de reunião de equipa e com periodicidade diária. Percebemos ainda que os entrevistados se referem a alguns



fatores que a condicionam, ao ponto de influenciarem a participação dos profissionais nas dinâmicas interdisciplinares, sendo eles o tempo, o espaço e a longevidade da equipa.

O tempo aparece nos relatos dos entrevistados como determinante no acesso à informação. Neste sentido, referem que os profissionais com mais tempo de permanência na Unidade, acabam por ter um acesso maior à informação, sendo que os profissionais a meio tempo, têm mais dificuldade em aceder à informação e em contactar com as dinâmicas do serviço. É de referir que uma das entrevistadas faz referência ao facto de o tempo de presença da Médica na Unidade não lhe garantir o acesso a toda a informação. Apesar de diariamente ocorrer uma visita médica à Unidade, este profissional permanece na mesma um número reduzido de horas, além de que a equipa médica é constituída por dois elementos, fazendo com que nenhum deles tenha presença diária na Unidade. De resto, a própria Médica entrevistada, não considerando que o tempo de que dispõem fosse insuficiente para o desenvolvimento da sua intervenção específica, deu grande relevância à importância que a informação facultada pelos outros profissionais da equipa tem para a sua própria intervenção.

Por outro lado, de um modo geral, verificamos que os entrevistados consideram que são os Enfermeiros e a Assistente Social aqueles que têm acesso a mais informação, não apenas devido ao tempo de permanência na Unidade, mas também ao contacto mais frequente que mantêm com as famílias. No caso da Enfermagem o forte contacto com as famílias é proporcionado pela permanência na Unidade vinte e quatro horas por dia e no da Assistente Social, além do tempo de permanência na Unidade que o horário a tempo inteiro lhe permite, pela intervenção específica que esta profissional desenvolve.



Outro fator posto em relevância pelos entrevistados por influenciar a comunicação, é o espaço. Neste sentido, foi referido que os Fisioterapeutas, pelo facto de o espaço da sua intervenção específica, ser mais afastado do espaço onde a ação de todos os outros profissionais se movimenta, acabam por ser os profissionais cujo acesso à informação pode estar mais condicionado.

Neste contexto, torna-se relevante o contributo da perspectiva de Mariano (1989), que refere que as equipas precisam de tempo para troca de informações, partilha de ideias, planeamento, discussão, tomada antecipada de decisões e resolução de problemas. Por outro lado, o espaço e proximidade física entre elementos da equipa, apesar de nem sempre devidamente valorizado, têm um imenso efeito sobre os indivíduos, e sobre a perceção da equipa, do seu valor, aceitação e importância na organização. (Cf. Mariano, 1989: 287-288)

Além do tempo e do espaço, é pertinente recuperar um aspeto já focado anteriormente, e trazido aqui através do discurso da Assistente Social que refere que a comunicação entre os profissionais se vai alterando de acordo com fatores relacionais e associados às linguagens profissionais, influenciados pela longevidade da equipa. Este fator remete-nos para a ideia de Japiassú (1976), também ela já focada, de que a interdisciplinaridade se consegue passando “por graus sucessivos de cooperação e de coordenação crescentes”. (Japiassú, 1976: 75)

Lado a lado com a comunicação, desenvolvem-se **interações** no interior da equipa interdisciplinar, com variações em termos de tempo (duração e frequência), espaço e, também, relacionadas com as competências profissionais específicas de cada ator social.



Na sequência do que vimos relativamente à comunicação, as interações profissionais acontecem no dia-a-dia, nas mais variadas circunstâncias, entre diferentes profissionais e de acordo com as necessidades. Se o fator tempo é determinante na comunicação e no consequente acesso à informação, também o é relativamente às interações profissionais estabelecidas. Há mesmo uma relação evidente entre a duração e a frequência das interações e o acesso à informação, que por sua vez, vão facilitar a participação nas dinâmicas da equipa. Deste modo, podemos concluir que os profissionais com horário mais reduzido, ficam de certa forma à margem de algumas informações mas também das interações em torno das quais se realiza a negociação do poder sobre tarefas e responsabilidades, a partilha de informação e conhecimento, a definição de objetivos comuns e a tomada de decisão partilhada.

Parece ser essa a razão pela qual os profissionais valorizam tanto as interações decorrentes das reuniões de equipa, na medida em que é o momento onde é possível ter em presença a grande maioria dos profissionais da equipa, sendo, por isso, propício à partilha das diferentes perspetivas profissionais e consequente reconhecimento pela equipa das mais-valias dos contributos de cada especialista. Por outro lado, é também o fator tempo que parece deixar os sujeitos mais expostos a situações de conflito relacionadas com a sobreposição de tarefas, como expressou uma das Enfermeiras entrevistadas. Nesta perspetiva, o conflito vai afetar principalmente os profissionais mais presentes na Unidade e, por isso, entre os quais a interação é mais frequente: os Enfermeiros e a Assistente Social.

Verificamos ainda que também o fator espaço pode condicionar as interações profissionais



e a consequente participação nas dinâmicas da equipa. Neste sentido, a Médica refere com clareza que interage sobretudo com os profissionais mais presentes no espaço onde desenvolve a sua intervenção mais específica, no seu caso, a Enfermagem e a Assistente Social. Apesar de considerar fundamental o contributo da intervenção do Fisioterapeuta para a sua própria intervenção e avaliação diagnóstica, a Médica obtém essa informação através de outros profissionais com quem interage mais frequentemente. É, pois, evidente a forma como o espaço onde se desenvolve a intervenção dos profissionais pode condicionar a interação entre os mesmos.

Por outro lado, também as competências profissionais específicas de cada ator social, determinam a ocorrência das interações, de que é exemplo a relação de interdependência entre Enfermeiros e Médicos que, como vimos anteriormente, pela natureza da sua intervenção a interação que desenvolvem distingue-se da dos outros profissionais.

Quando questionados sobre os profissionais com quem mais interagem, verificamos que a Assistente Social e a Enfermagem são aqueles com quem todos os entrevistados referem estabelecer uma interação mais significativa. Inclusivamente, a Assistente Social refere interagir sobretudo com a Enfermagem e o contrário também se verifica. De facto, verificamos que a Assistente Social e a Enfermagem são os profissionais com um maior acesso à informação e também aqueles que mais interações estabelecem. Isso acontece porque são as áreas profissionais mais presentes no campo de atuação da equipa, sendo que no caso da Assistente Social, foi também apontado que a natureza da intervenção que desenvolve facilita o acesso a determinadas informações. Torna-se, também, importante referir que sendo a Enfermagem a única área profissional com presença permanente na Unidade, os Enfermeiros que integram a equipa não têm um horário completo. Assim, são



a Assistente Social e o Fisioterapeuta os profissionais com maior número de horas presentes na Unidade. Contudo, apesar de tanto a Assistente Social como o Fisioterapeuta terem um horário igual, quer em carga horária, quer nos dias de atividade, este último, como já vimos, vê o acesso a algumas informações e interações profissionais mais limitado devido a condicionantes relacionadas com o espaço em que desenvolve a sua intervenção, o que faz da Assistente Social a profissional com um acesso mais privilegiado à informação e à interação profissional.

Assim, verificamos que as interações profissionais estão relacionadas com o tempo que os profissionais estão no terreno e com o tipo de intervenção desenvolvida por cada área e com a informação que daí acumulam. Logo, áreas profissionais detentoras de mais informação, vão tendencialmente interagir com uma diversidade maior de profissionais de outras disciplinas.

Tendo em conta que, como já vimos, a transmissão de informação ocorre no dia-a-dia e que os profissionais mais presentes são aqueles que mais facilmente acedem à informação, podemos também deduzir que Enfermeiros e Assistente Social vão tendencialmente assumir a responsabilidade por determinadas tarefas que, não requerendo um saber específico para o seu desenvolvimento, controlam processos importantes relacionados com o funcionamento do serviço e da equipa. Por outro lado, e tal como foi referido por uma das Enfermeiras entrevistadas, estes serão também os profissionais mais sujeitos à sobreposição de tarefas e ao conflito relacionado com o poder de decisão. As interações profissionais constituem um desafio tal, que Abramson e Mizrahi (1996) afirmam que a formação dos profissionais devia focar-se mais nas competências interacionais com outros profissionais. (Cf. Abramson e Mizrahi, 1996)



Os dados obtidos durante a presente investigação indicam que a prática colaborativa surge associada ao trabalho interdisciplinar e como resultado de um processo gradual em que a clarificação de papéis, a negociação de tarefas e responsabilidades, a partilha de informação, conhecimento e do poder de decisão, levam os atores sociais a treinar e adquirir competências de colaboração dentro da equipa. McCallin (2009) refere que aprender a trabalhar em colaboração com profissionais de outras áreas, que têm diferentes pontos de vista, é um desafio que, mais do que competência técnica, requer interações eficazes, perícia dentro da equipa, competências específicas de colaboração como a capacidade para comunicar eficazmente com os profissionais de outras disciplinas, para resolver problemas, conflitos, aceitar diferenças, e para fazer planos de cuidados em conjunto, para o que algumas profissões estão mais bem preparadas do que outras. O autor destaca a prática colaborativa como um pré-requisito básico para a eficácia e qualidade dos cuidados. (Cf. McCallin, 2009; 61-62)

A análise do discurso dos entrevistados revela que a prática colaborativa só é possível quando os profissionais têm do seu papel e do papel dos outros uma perceção esclarecida, que viabilize a valorização dos diferentes papéis e o modo como o seu cruzamento se traduz em mais-valias para a equipa profissional e na abordagem integrada da pessoa.

Na verdade, constata-se que a valorização do papel dos outros profissionais, aparece frequentemente ligada a circunstâncias em que profissionais de diferentes áreas desenvolvem interações de colaboração, que se evidenciaram no discurso dos entrevistados como mais-valias para os profissionais envolvidos. Os exemplos mais evidentes referem-se a práticas de colaboração entre Enfermeiros e Assistente Social e entre Fisioterapeuta e



Enfermeiros, em que dois profissionais colaboram no sentido de facilitar ou otimizar a intervenção específica de um deles.

Percebe-se a partilha da responsabilidade sobre determinadas tarefas entre o Fisioterapeuta e a Enfermagem, estando subjacente mais a noção de colaboração de um dos profissionais com os objetivos específicos de outro, do que a presença de objetivos definidos conjuntamente pelas duas áreas profissionais. Embora a clarificação de papéis nem sempre se verifique, percebemos em alguns momentos, a existência de um sentimento de segurança e clareza de papéis, em determinadas práticas colaborativas desenvolvidas entre Fisioterapeuta e Enfermeiros, por exemplo.

Falando sobre a prática do trabalho colaborativo, McCallin (2009) afirma a importância da liderança partilhada. Segundo o autor, a prática colaborativa implica que todos os elementos a equipa sejam líderes ativos, assumindo espontaneamente a liderança sempre que o seu saber de especialista for necessário na situação particular em causa. O autor acrescenta que ela será mais bem-sucedida se todos perceberem que na liderança partilhada ninguém tem todas as respostas e todos são responsáveis pela qualidade da colaboração. (Cf. McCallin, 2009: 64) Embora os profissionais entrevistados nunca tivessem recorrido ao conceito de liderança partilhada, o reconhecimento generalizado de que o poder de decisão é partilhado e recai sobre o especialista com competência para avaliar a situação em causa, encerra um modo de partilha da liderança de determinados processos da equipa. Neste sentido, também Mariano (1989) se refere à ideia de uma liderança partilhada dentro da equipa interdisciplinar, apresentando-a como uma forma eficaz de gerir decisões, propondo que a liderança seja assumida pelos diferentes profissionais da equipa, conforme as necessidades e os processos em causa (Cf. Mariano, 1989: 287).



Conclusões

Chegando ao fim deste trabalho, importa dizer que a interdisciplinaridade não só é um conceito nem sempre compreendido, como constitui também um verdadeiro desafio para as equipas e os profissionais que as constituem.

Apesar da inegável valorização da interdisciplinaridade pelos profissionais, as dinâmicas que ela implica, nomeadamente no que toca à negociação de papéis, definição de objetivos comuns e à partilha do poder de decisão, configuram o maior desafio para os profissionais que as protagonizam. De facto, os vários estudos analisados são concordantes quando apontam que o trabalho em equipa interdisciplinar apresenta vantagens inquestionáveis na área da saúde, mas estão também em sintonia quanto à evidência de que a convivência entre especialistas conhece inúmeras dificuldades. (Cf. Japiassú, 1976; Pombo, 2004; Mariano, 1989; Ellingson, 2002; Pinho, 2006; Barr, 1997; McCallin, 2009; Abramson e Bronstein, 2008; Abramson e Mizrahi, 1996; Abramson & Mizrahi, 1986)

É de salientar que o trabalho interdisciplinar encontra um primeiro grande obstáculo relacionado com a discussão sobre o *status*, as diferenças de linguagens e valores profissionais, e a disputa pelo poder de decisão. Estes fatores estão intimamente ligados à socialização profissional, constituindo aquilo a que Dubar chama de “visão do mundo” própria de cada profissão e que inclui pensamentos, valores e significações relacionados com o trabalho e fortemente enraizados na cultura profissional. (Cf. Dubar, 1997: 134-135)

Os profissionais sentem o seu *status* ameaçado quando referem que outros profissionais, a



quem não reconhecem as competências de especialista, interferem no seu campo de intervenção. A existência de um objeto comum a duas ou mais disciplinas, leva assim a que ocorram situações de sobreposição de papéis potenciadoras de conflito, às quais os profissionais mais presentes no campo parecem estar mais suscetíveis. Verificamos que os diferentes especialistas não estão dispostos a abdicar daquele que é o seu objeto de intervenção para outros profissionais cuja ação se cruza com a sua, e ao sentirem o seu papel ameaçado, tendem a competir pelo poder sobre o mesmo.

Importa também referir que a clarificação dos papéis de cada profissional, facilita a negociação do poder sobre tarefas e responsabilidades e conseqüentemente a partilha do poder de decisão associada à especialização de cada profissão. Contudo, não obstante a clarificação que os profissionais vão fazendo através das dinâmicas interacionais que desenvolvem no dia-a-dia, estão longe da “negação e superação das fronteiras disciplinares” defendida por Japiassú (1976: 75). Não só os papéis não estão totalmente esclarecidos, até porque se trata de um processo demasiado complexo e que possivelmente nunca poderá estar terminado, como persiste alguma competição relativamente à responsabilidade sobre determinadas tarefas, com o intuito de defesa do papel de cada um e das suas atribuições específicas, numa tentativa de preservação do campo específico do saber e atuação da profissão.

No que respeita à partilha de informação e conhecimento, interessa aqui relevar que os profissionais encontram no âmbito da RNCCI, um contexto privilegiado no que respeita à obtenção de informação diversa advinda de outras áreas profissionais e que potenciam a intervenção específica de cada elemento da equipa. Contudo, essa partilha acontece sobretudo para permitir a aquisição de informação extra para um melhor diagnóstico e uma



intervenção mais adequada com o utente por cada profissional, e não tanto pela definição de objetivos comuns ou de intervenção conjunta de dois ou mais profissionais da equipa, no sentido em que a literatura aponta, ao referir-se à confluência de pontos de vista diferentes, à elaboração de uma síntese relativamente ao objeto comum e à cooperação metodológica e conceitual. (Cf. Pombo, 2004: 37 e Japiassú, 1976) De facto, ainda que estejamos perante a ocorrência de trocas de informação mais ou menos frequentes, os especialistas estão ainda longe da integração real das disciplinas preconizada pela literatura que teoriza a interdisciplinaridade. A abertura de fronteiras disciplinares e a partilha de saberes metodológicos da própria área profissional, parecem ser áreas em que os profissionais são cautelosos.

No entanto, sem a elaboração de uma síntese diagnóstica que traduza a avaliação integrada da pessoa, dificilmente os profissionais conseguirão definir objetivos comuns. Desse modo, ainda que os diferentes profissionais formulem objetivos que se toquem, dificilmente serão mais do que a soma dos vários objetivos específicos de cada área de intervenção; além de que, inevitavelmente, encontrarão como obstáculo a sobreposição de tarefas e responsabilidades.

Apesar de os profissionais valorizarem nos seus discursos a definição de objetivos comuns pela equipa, remetem-se mais para a existência de um propósito comum a todos os elementos da equipa que passa pela promoção da autonomia, do bem-estar e da qualidade de vida do utente, do que propriamente a objetivos comuns a dois ou mais profissionais da equipa em que a sua operacionalização seja concertada entre os mesmos. Verifica-se, pois, a elaboração de objetivos pelos vários profissionais, cuja definição vai sem dúvida buscar contributos de outras áreas do saber, mas que são específicos de cada área de intervenção e



cujo desenvolvimento é da responsabilidade de um determinado profissional.

Importa salientar que os profissionais veem na partilha da tomada de decisão uma vantagem, sendo mesmo uma das dimensões do trabalho interdisciplinar mais consensual. Se a abertura das fronteiras disciplinares que facilita a partilha metodológica e a definição de objetivos comuns é sempre uma atitude cautelosa pelos profissionais, o poder na tomada de decisão associado ao conhecimento dos especialistas sobre a problemática em causa, é reconhecido por todos os profissionais que o consideram desejável, havendo mesmo quem fizesse referência ao facto de ser também uma prática resultante da filosofia da RNCCI. A aceitação da partilha do poder de decisão traduz-se no reconhecimento do *status* de cada profissional, associado ao conhecimento daquele que é especialista em determinada matéria, o que sugere que essa seja a razão pela qual é dada maior ênfase à partilha da tomada de decisão do que, por exemplo, à definição de objetivos comuns.

A ênfase na partilha da tomada de decisão ganha particular relevância quando estão em causa determinadas profissões que enfrentam um desafio maior no que respeita ao reconhecimento do seu papel e do seu poder de decisão, sentindo a necessidade de afirmar o próprio papel, com consequências significativas ao nível das dinâmicas interdisciplinares.

Contudo, as tomadas de decisão, ainda que associadas ao conhecimento de cada especialista, não são isentas de dificuldades para os profissionais quando o consenso é mais difícil de alcançar. De facto, por vezes as fronteiras disciplinares são ténues, e assim como a sobreposição de tarefas e a competição pelas mesmas pode conduzir ao conflito, de igual forma, a reclamação do poder na tomada de decisão pode acontecer. Se, por um lado,



em determinadas circunstâncias alguns profissionais referem que algumas profissões “se tocam muito”, aludindo às fronteiras do saber, por outro, os entrevistados também são claros quanto ao facto de os papéis e do poder sobre as tarefas terem que estar muito bem definidos. Ora, quando está em causa uma dimensão que pode ser alvo da intervenção de mais do que uma profissão, o conflito é emergente.

Salientamos também que em determinadas situações, nomeadamente na ausência de consenso, há por parte de alguns profissionais o reconhecimento do papel do Médico como aquele que tem o poder de decisão mais elevado, o que nos remete para o reconhecimento social do poder e *status* deste grupo profissional, que assim pode influenciar as dinâmicas interacionais dos profissionais de uma mesma equipa.

Interessa aqui referir também a influência que os contextos tradicionais de intervenção de algumas profissões têm nas dinâmicas interacionais dos profissionais e na prossecução da interdisciplinaridade. O novo contexto de interação profissional que a RNCCI preconiza, exige que se traga para a cena da intervenção contributos diversificados, que obrigam ao diálogo, à partilha de responsabilidades e tarefas e à negociação. Mas é também aqui que o conflito pode surgir, relacionado com a disputa pelos espaços e intervenções, pois a eles está associado o poder sobre determinadas tarefas, o *status* e a identidade profissional dos atores sociais, adquirida ao longo dos processos de socialização profissional.

Não é por acaso que a perceção que os profissionais têm do seu próprio papel aparece aqui, frequentemente associada ao desempenho da sua profissão, o que, de certo modo, já era esperado. Os relatos dos profissionais remetem para as tarefas que desenvolvem, para o objeto e objetivos de intervenção e para as mais-valias que a sua profissão traz para a



equipa na avaliação integrada dos problemas. Dos seus discursos emanam os modelos de intervenção específicos de cada profissão e uma determinada “visão do mundo” que, como refere McCallin (2009), condicionam o pensamento e a atuação dos profissionais, caracterizam as suas identidades profissionais e têm impacto na forma própria de pensar de cada grupo profissional. (Cf. McCallin, 2009: 63)

A utilização dos termos “nós” e “eles” pelos profissionais que contam com a presença de profissionais do mesmo grupo profissional na equipa, para se referirem aos profissionais da mesma área – com quem partilham a mesma “visão do mundo” – e aos de outra distinta da sua, evidencia a força da identificação com os pares, a existência de códigos informais próprios, valores, significações, interesses e linguagem comum tão presentes no modo de pensar dos atores sociais.

O discurso e a prática dos profissionais fortemente enraizados na sua “visão do mundo” e o desconhecimento das abordagens conceptuais de outras profissões, das quais pode mesmo haver uma imagem distorcida por representações e preconceitos, pressagia dificuldades no diálogo interprofissional devido às diferentes linguagens em causa e conflitos interacionais. Podemos assim afirmar que a perceção dos papéis profissionais, quer do próprio quer do dos outros, influencia fortemente o trabalho interdisciplinar.

Não está em causa o valor atribuído ao contributo trazido pelos outros profissionais, mas a defesa do *status* e da identidade profissional conferido pelo título de especialista e a preservação do campo disciplinar de cada profissão, cuja transposição pode significar uma ameaça ao poder profissional.



A clarificação dos papéis profissionais ganha relevância no discurso dos profissionais e surge assim como a estratégia de ação que permite o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar. O conhecimento dos papéis profissionais em presença, assim como as competências que lhe estão associadas, e a negociação dos mesmos, surge como um processo que, como refere Japiassú, tem que passar “por graus sucessivos de cooperação e de coordenação crescentes” até se alcançar a interdisciplinaridade. (Japiassú, 1976: 75) Trata-se, pois, de um exercício permanente, para o qual a equipa tem que estar disponível, mas em que a maturidade da mesma e o grau de entendimento que os profissionais tendencialmente vão conseguindo ao longo do tempo são determinantes.

É importante referir, também, que o desenvolvimento de uma prática interdisciplinar é um processo construtivo fortemente influenciado pelas dinâmicas comunicacionais e pelas interações que se estabelecem entre os diferentes elementos da equipa. A análise do discurso dos atores sociais revela que os profissionais com mais tempo de permanência no campo de atuação da equipa e cujo espaço de intervenção é partilhado ou se cruza com o de outras áreas profissionais, veem facilitado o acesso à informação e a participação nas dinâmicas interacionais da equipa. Assim, os profissionais com horário mais reduzido, ou aqueles que desenvolvem a sua ação num espaço distinto do dos outros elementos da equipa, ficam de certa forma à margem de algumas informações e das interações em torno das quais se realiza a negociação do poder sobre tarefas e responsabilidades, a partilha de informação e conhecimento, a definição de objetivos comuns e a tomada de decisão partilhada.

Mas também as competências profissionais específicas de cada ator social, determinam a ocorrência das interações, de que é exemplo a relação de interdependência entre



Enfermeiros e Médicos que pela natureza da sua intervenção a interação que desenvolvem distingue-se da dos outros profissionais. Constatámos ainda que a Assistente Social, pelo tempo de permanência no campo de intervenção, pelo contacto que estabelece com os outros profissionais da equipa e pelo carácter da intervenção desenvolvida, tem um acesso mais privilegiado à informação e à interação profissional.

Assim, verificamos que as interações profissionais estão relacionadas com o tempo que os profissionais estão no terreno e com o tipo de intervenção desenvolvida por cada área do saber. Logo, áreas profissionais detentoras de mais informação, vão tendencialmente interagir com uma diversidade maior de profissionais de outras disciplinas. No entanto, verificamos também que são precisamente estes profissionais os mais sujeitos à sobreposição de tarefas e ao conflito relacionado com o poder de decisão, sendo que na presente investigação, verificámos que são os Enfermeiros e a Assistente Social os mais expostos a esse risco.

Os dados obtidos durante a presente investigação indicam que a prática colaborativa surge associada ao trabalho interdisciplinar e como resultado de um processo gradual em que a clarificação de papéis, a negociação de tarefas e responsabilidades, a partilha de informação, conhecimento e do poder de decisão, levam os atores sociais a treinar e adquirir competências de colaboração dentro da equipa. O discurso dos atores sociais aponta para a existência de uma relação direta entre a longevidade da equipa e a prática interdisciplinar, na medida em que os profissionais desenvolvem competências interacionais e de colaboração assim como a capacidade para comunicar eficazmente com os profissionais de outras disciplinas, para resolver problemas, conflitos, e aceitar as diferenças.



A prática colaborativa surge como resultado da clarificação de papéis, da valorização do papel dos outros especialistas, assim como do cruzamento dos vários saberes. Embora sob a forma de colaboração de um profissional com os objetivos específicos de outro e não da presença de objetivos definidos conjuntamente pelas duas áreas profissionais, os profissionais partilham responsabilidades sobre determinadas tarefas. Do mesmo modo, apesar de os papéis nem sempre estarem bem clarificados para os intervenientes, estes desenvolvem determinadas práticas colaborativas, que parecem contribuir para esse esclarecimento e reforçar a segurança dos profissionais relativamente aos próprios papéis.

Por último, importa referir que a valorização generalizada por parte dos profissionais da partilha do poder de decisão, evidencia o reconhecimento do saber e das competências de cada especialista, potenciando as práticas interdisciplinares.

Em suma, verificamos que a realidade vivenciada pelas equipas interdisciplinares da RNCCI está, porventura, longe do modelo interdisciplinar teorizado pelos autores cujo contributo enriqueceu o enquadramento teórico da presente investigação. Estamos perante a existência de abordagens paralelas de uma mesma realidade com trocas pontuais entre os profissionais, a ocorrência de colaborações nem sempre estruturadas, a integração formal mas nem sempre efetiva dos diferentes saberes e a definição de um objetivo comum à equipa ainda que abordado com enfoques e pontos de vista distintos. (Cf. Japiassú, 1976: 85-86) Neste contexto, a consciência dos profissionais relativamente à importância da clarificação dos papéis de cada um como meio facilitador dos processos inerentes à experiência interdisciplinar, assim como de que este se trata de um processo contínuo, é fundamental para a compreensão e superação das dificuldades enfrentadas na prática.



Com este trabalho de investigação espera-se, pois, constituir um contributo para a compreensão da interdisciplinaridade, com enfoque especial na realidade da RNCCI, na medida em que esta constitui, indubitavelmente, um contexto privilegiado no espaço português para a experiência da interdisciplinaridade e das dinâmicas que lhe são inerentes. Esta relevância surge pelo facto de colocar em convivência uma diversidade invulgar de especialistas, levando a quebrar relações hierárquicas até aqui fortemente enraizadas em contextos de intervenção mais tradicionais, constituindo assim um desafio maior para os profissionais, no que toca à negociação de papéis, à partilha de informação e conhecimento, à definição de objetivos comuns e à partilha da tomada de decisão.



Bibliografia

ABRAMSON, Julie S.; BRONSTEIN, L. (2008). "Teamwork". *Encyclopaedia of Social Work*. New York. T. Mizrahi e L. Davis (Eds.). 20ª Ed. Oxford University Press.

ABRAMSON, Julie S.; MIZRAHI, Terry (1986). "Strategies for enhancing collaboration between social workers and physicians". *Social Work in Health Care*, 12, 1-21.

ABRAMSON, Julie S.; MIZRAHI, Terry (1996). "When social workers and physicians collaborate: Positive and negative interdisciplinary experiences". *Social Work*, 41, 270-281.

BARR, Owen (1997). "Interdisciplinary teamwork: considerations of the challenges". *British Journal of Nursing*, 6 (17), 1005-1010.

BARROSO, Ana (2010). Trabalho em Equipa Multi-Profissional enquanto mediação de uma abordagem compreensiva e multidimensional sobre os problemas sociais e humanos: o caso dos Cuidados Continuados, Dissertação de Mestrado. Lisboa. Universidade Católica Portuguesa.

BLAKIE, Norman (2000). "Strategies for Answering Research Questions". *Designing Social Research*. Cambridge. Polity Press, 85-127.

BOGDAN, Robert; BLIKEN, Sari (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma*



introdução à teoria e aos métodos. Coleção Ciências da Educação. Porto. Porto Editora.

CARIA, Telmo (2002). “Experiência Etnográfica em Ciências Sociais”. Porto. Edições Afrontamento.

CARLOS, Jairo Gonçalves. “Interdisciplinaridade: o que é isso?”. *Sribd.com*. Disponível em: <http://pt.sribd.com/doc/19046471/Interdisciplinaridade-o-que-e-isso>. Consultado em 02/07/2011.

CHARMAZ, Kathy (2009). “Constructing Grounded Theory”. 2.^a Ed. London. Sage

DUBAR, Claude (1997). “Das «profissões» à socialização profissional”, Capítulo 6. *A socialização: Construção das identidades sociais e profissionais*. Porto. Porto Editora, 123-142.

ELLINGSON, Laura L. (2002). “Communication, Collaboration and Teamwork among Health Care Professionals”. *Communication Research Trends*, Vol. 21, n.º 3. Disponível em http://cscs.scu.edu/trends/v21/v21_3.pdf. Consultado em 29/01/2012.

FLICK, Uwe (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa. Monitor.

JAPIASSU, Hilton (1976). *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro. Imago.

MARIANO, CARLA (1989). “The case for interdisciplinary collaboration”.



NursingOutlook, 37, 285-288. Disponível em:
http://www.umdj.edu/idsweb/idst5340/interdisciplinary_collaboration.pdf. Consultado
em 25/04/2011.

McCALLIN, Antoinette; Bamford, Anita (2007). Interdisciplinary teamwork: Is the influence of the emotional intelligence fully appreciated? *Journal of Nursing Management*, 15, 386-391.

McCALLIN, Antoinette; McCallin, Mike (2009). Factors influencing successful team working and strategies to facilitate successful collaborative teamwork. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, Vol. 37 (2), 61-67.

NEWFOUNDLAND E LABRADOR ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS.
Interdisciplinary Teamwork. Disponível em:
http://www.nlasw.ca/pdf/Interdisciplinary_Teamwork.pdf. Consultado em 09/04/2011.

PINHO, Márcia (2006). “Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de actuação eficaz”. *Ciências e Cognição 2006*. Vol. 8. Disponível em:
<http://www.cienciasecognicao.org>. Consultado em 10/03/2011.

POMBO, Olga (2004). *Interdisciplinaridade: Ambições e Limites*. Viseu. Relógio d’Água.

QUIVY, Raymond Luc Van Campenhoudt (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa. Gradiva.



SENIORS PSYCHOSOCIAL INTEREST GROUP (2004). *Interdisciplinary Teamwork in Psychogeriatrics*. Disponível em: <http://www.seniorsmentalhealth.ca>. Consultado em 09/04/2011.

SPRADLEY, James P. (1979). *Ethnographic Interview*. Florida. Harcourt Brace Jovanovich College.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. London. Sage.

STRAUSS, Anselm; GLASER, Barney (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. New York. Aldine de Gruyter.

UMCCI (2010-A), Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - 2009.

UMCCI (2010-B), Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - 1º semestre 2010.

UMCCI (2010-C), *1.º Encontro de Reflexão*. Região de Lisboa e Vale do Tejo – ECR, ECL's, Prestadores. Lisboa.

Legislação Consultada

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho: Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.



APÊNDICES



Apêndice A

Consentimento Informado

Investigação no âmbito de Mestrado em Serviço Social Universidade Católica Portuguesa

O presente trabalho de investigação incide sobre a temática da Interdisciplinaridade e Relações Interprofissionais e tem por objectivo perceber como se constrói a interdisciplinaridade como modelo de intervenção no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Pretende-se com a presente investigação ser um contributo para o aprofundamento das dinâmicas de interacção entre profissionais de diferentes áreas e, dessa forma, gerar conhecimento que facilite a identificação de estratégias facilitadoras do trabalho e colaboração interdisciplinar.

A convicção de que a presença do investigador no terreno e a experiência do quotidiano dos actores sociais são a chave que permite aceder à realidade que se pretende investigar, conduziu ao pedido da sua colaboração, que é um contributo fundamental no desenvolvimento da presente investigação.

Prevê-se que a recolha de dados e a presença da investigadora no campo aconteça entre Março e Junho de 2012, sendo que o processo de investigação deverá estar concluído em Setembro de 2012. A investigação é orientada pelo Professor Doutor Francisco Branco e está previsto que seja apresentada até ao final de 2012 na Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa, em Lisboa.

A autora da investigação tem a responsabilidade de garantir que do processo de investigação não resulta qualquer efeito adverso para os participantes e compromete-se com os seguintes aspectos:

- A participação neste estudo é voluntária, podendo o participante deixar de colaborar, a qualquer momento, sem que tal facto tenha consequências para si;
- Este estudo não traz nenhuma despesa ou risco para o participante;



-
- As informações serão recolhidas através da observação e da realização de entrevistas, sendo que estas últimas deverão ser gravadas em registo áudio para permitir uma melhor compreensão dos factos e facilitar o tratamento dos dados;
 - O participante não é obrigado a dar qualquer informação que não queira;
 - As informações e os dados recolhidos serão tratados com confidencialidade e salvaguardando o anonimato dos intervenientes, podendo haver o recurso a nomes fictícios;
 - As transcrições não serão divulgadas a terceiros, sendo acessíveis apenas à investigadora e intervenientes na orientação académica da investigação;
 - A presença no terreno é autorizada pela Direcção da instituição;
 - Qualquer questão relacionada com a investigação pode ser esclarecida junto da autora da investigação: Sónia Alexandra Félix Gomes (Assistente Social) - Contacto: 968 052 351.

O PARTICIPANTE

- 1- Confirmando que recebi a informação adequada sobre o projecto e tive a oportunidade de colocar as minhas dúvidas.
- 2- Concordo que a minha participação é voluntária e tomei conhecimento que posso a qualquer momento deixar de colaborar na investigação, sem ter que dar uma justificação.
- 3- Concordo participar na investigação.

Assinatura: _____ Data: ___/___/_____

Nome legível

Obrigada pela sua colaboração!



Apêndice B

Guião da Entrevista

Introdução:

Breve explicação sobre o estudo, objetivos e metodologia etnográfica;

Esclarecimento sobre o interesse no tema;

Questões éticas, confidencialidade, pedido de autorização para gravar entrevista.

Permanência na Equipa:

1. Está na equipa há quanto tempo?
2. Em média, quantas horas por semana está a trabalhar nesta equipa?

Perceção dos Papéis:

3. Qual é o seu papel dentro da equipa?
4. Como é que descreve o papel dos outros profissionais dentro da equipa?
(Se não referir espontaneamente, pedir para descrever o papel do Assistente Social na equipa)
5. O que é que distingue a sua intervenção da intervenção dos outros profissionais da equipa?
6. Pensando no papel dos outros profissionais da equipa, diga-me um aspecto da intervenção dos mesmos que considere importante e porquê.
7. Na sua perspetiva, que importância os outros profissionais atribuem ao seu trabalho?
8. Acha que os outros profissionais percebem sempre o significado do seu trabalho ou de determinadas tarefas/atividades que desenvolve?
 - 8.1. Se não, porque é que acha que isso acontece?

Sobreposição de Papéis:

9. Acha que há determinadas tarefas ou intervenções que podem ser igualmente desempenhadas por mais do que uma área profissional?
 - 9.1. Se sim, pode dar-me um exemplo?
 - 9.2. Vê isso como uma vantagem ou como uma possível fonte de conflito?

Diferenças conceptuais e de valores:

10. Considera que existem diferenças na forma de interpretar alguns conceitos ou problemas relacionados com a discussão de casos, entre profissionais de áreas diferentes?
 - 10.1. Se sim, pode dar-me alguns exemplos?
 - 10.2. A que é que atribui essas diferenças?
11. Como é que entende as diferenças de opinião dentro da equipa?

Tomada de Decisão:

12. Pensando nas tomadas de decisão dentro da equipa:
 - 12.1. Sente que há igualdade de oportunidade para influenciar as decisões da equipa?



- 12.2. E sente que há profissões que acabam por ter mais poder de decisão?
- 12.3. Se sim, quais os que têm mais e menos influência na tomada de decisão e porque é que acha que isso acontece?
13. Sente que em determinadas situações do trabalho em equipa, qualquer profissional pode ter que abdicar de um certo grau de autonomia?

Comunicação e Acesso à Informação:

14. Como é que a informação circula dentro da equipa?
15. O feedback entre profissionais de áreas diferentes é frequente?
- 15.1. É mais frequentemente utilizado por alguns profissionais do que por outros?
- 15.2. Se sim, porque é que acha que isso acontece?
16. O tempo e espaço de que os profissionais dispõem para conversar e passar informação são, a seu ver, adequados ou a informação é tanta que fica sempre alguma coisa por dizer?
17. No seu entender as reuniões são o momento privilegiado para a transmissão de informação entre os vários profissionais ou isso acontece sobretudo em momentos não programados?
- 17.1. Pode dar exemplos de momentos não programados em que os profissionais transmitem informação entre si?
18. No seu entender, há profissionais que acabam por ter mais informação que outros? 18.1. Se sim, porque é que acha que isso acontece?

Perceção da Interdisciplinaridade I:

19. Na sua perspetiva, o que é que significa trabalhar numa equipa interdisciplinar?
20. Quais os aspetos que considera mais importantes na relação entre os profissionais da sua equipa?
21. Sente que interage mais com colegas de uma área profissional do que de outra? Se sim, porque é que acha que isso acontece?
22. Na sua perspetiva o trabalho interdisciplinar tem vantagens? Quais?
23. E dificuldades? Quais?
24. Acha que os outros profissionais sentem essas mesmas vantagens e dificuldades?
25. Acha que os outros profissionais podem sentir outras dificuldades em trabalhar interdisciplinarmente que no caso da sua profissão não são sentidas?

Satisfação com a equipa:

26. Está satisfeito com o desempenho da sua equipa?
27. O que é que o satisfaz mais no desempenho da equipa?
28. O que é que acha que pode ser melhorado no desempenho da equipa?
29. Em poucas palavras, como é que define a equipa em que está integrado?

Perceção da Interdisciplinaridade II:

30. Para terminar, vou dar-lhe uma folha onde constam várias palavras e pedir-lhe para selecionar aquelas que, na sua opinião, melhor traduzem o que é o trabalho numa equipa interdisciplinar:



(Selecionar 3)

Comunicação, Partilha de ideias, Objetivos comuns, Colaboração, Definição conjunta da intervenção, Partilha de metodologias e conhecimentos, Negociação, Tomada de decisão partilhada, Interdependência, Interação.

Conclusão:

Perceber interesse do entrevistado em acrescentar informação;
Perceber se há disponibilidade para um eventual novo encontro;
Agradecimento pela colaboração.



Apêndice C (CD-ROM)

Entrevistas transcritas

Apêndice D (CD-ROM)

Registos de Observação

Apêndice E (CD-ROM)

Memorandos

Apêndice F (CD-ROM)

Codificação Axial

Apêndice G (CD-ROM)

Codificação Seletiva