

Visão dos profissionais sobre seu trabalho no programa de internação domiciliar interdisciplinar oncológico: uma realidade brasileira

Vision of professionals about your work in interdisciplinary home internation program of cancer: a Brazilian reality

Visión de los profesionales sobre su trabajo en el programa de internación domiciliar interdisciplinaria de cáncer: una realidad de Brasil

ADRIZE RUTZ PORTO*

MAIRA BUSS THOFEHRN**

DAIANE DAL PAI***

SIMONE COELHO AMESTOY****

ISABEL CRISTINA DE OLIVEIRA ARRIEIRA*****

LEANDRO RAUBER JONER*****

Resumo

Objetivo: Conhecer a visão dos profissionais sobre o seu trabalho no programa de internação domiciliar interdisciplinar oncológico.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, realizada na região sul do Brasil. O estudo contou com nove participantes, pertencentes à enfermagem, nutrição, medicina, serviço social, teologia, psicologia e administração, englobando nível técnico e superior. Os dados foram coletados, por meio de observação participante e um encontro de grupo focal, sendo tratados por análise temática.

Resultados: Destaca-se que a experiência da equipe com a terminalidade dos pacientes envolve em uma rede solidária de troca de afetos, com ênfase no acolhimento, os quais auxiliam no controle do sofrimento dos profissionais. Os trabalhadores revelam a busca pela formação complementar focada na interdisciplinaridade, frente à restrita abordagem oferecida em seus cursos de formação. Diante dos resultados, salienta-se a necessidade de formar profissionais com uma abordagem interdisciplinar, principalmente, no que se refere aos desafios do cuidado à terminalidade.

Conclusão: A vivência pautada na prática interdisciplinar indica lacunas na formação curricular, evidenciando a necessidade de mudança do paradigma vigente de ensino, para consequentemente, transformar as práticas de cuidado paliativo.

Palavras-chave: Ambiente de Trabalho; Cuidados Paliativos; Oncologia (Fonte: DESC BIREME).

* Enfermeira. Doutoranda de Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul Federal (UFRGS) Pelotas, RS, Brasil. E-mail: adrizoport@gmail.com

** Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL) Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: mairabusst@hotmail.com

*** Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Enfermagem da Universidade de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: daiadalpai@yahoo.com.br

**** Enfermeira. Doutoranda de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL) Pelotas, RS, Brasil. E-mail: simoneamestoy@hotmail.com

***** Doutorando de Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas (UFPeL). Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Católica de Pelotas (UCPeL) Pelotas, RS, Brasil. E-mail: isa_arrieira@hotmail.com

***** Acadêmico do 8º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL) Pelotas, RS, Brasil. Bolsista Iniciação Científica PIBic/CNPq. E-mail: canigia.joner@hotmail.com

Abstract

Objective: To know views of professionals about their work in Interdisciplinary Home Hospitalization Program of Cancer.

Methodology: This is a descriptive, qualitative approach, carried out in southern Brazil. The study included nine participants, belonging to nursing, nutrition, medicine, social work, theology, psychology and administration, encompassing technical and higher level. Data were collected through a participant observation and a focus group meeting, being treated by the thematic analysis.

Results: It is noteworthy that the team's experience with terminal patients to engage in solidarity networks for the exchange of affection, with emphasis on the host, which helped control the suffering of professionals. The workers revealed the search for additional training focused on interdisciplinarity, opposite the restricted approach offered in their undergraduate programs.

Conclusion: Therefore, the results highlighted the need to train professionals with an interdisciplinary approach, especially, with regard to the challenges of terminal care.

Key words: Working Environment; Palliative Care; Medical Oncology (Source: DESC BIREME).

Resumen

Objetivo: Conocer las opiniones de los profesionales acerca de su trabajo en el Programa Interdisciplinario de Hospitalización a Domicilio del Cáncer.

Metodología: Éste es un enfoque cualitativo y descriptivo, realizado en el sur de Brasil. El estudio incluyó nueve participantes pertenecientes a la enfermería, nutrición, medicina, trabajo social, teología, psicología y administración, que abarcan el nivel técnico y superior. Los datos fueron recolectados a través de observación participante y una reunión del grupo de enfoque, siendo tratada por el análisis temático.

Resultados: Es de destacar que la experiencia del equipo con los pacientes terminales a participar en una red de solidaridad para el intercambio de afecto, con énfasis en la acogida, ayudaron a controlar el sufrimiento de los profesionales. Los trabajadores revelaron la búsqueda de la capacitación adicional centrada en la interdisciplinaria, frente al enfoque restrictivo que se ofrece en los programas de pregrado. Los resultados demostraron que es notable la necesidad de formar profesionales con un enfoque interdisciplinario, especialmente, con respecto a los desafíos de la atención a enfermos terminales.

Conclusión: La vivencia, a través de la práctica interdisciplinaria, indica que existen lagunas en la formación curricular, mostrando la necesidad de cambio del paradigma vigente en la enseñanza, con el objetivo de transformar las prácticas de cuidado paliativo.

Palabras clave: Ambiente de Trabajo; Cuidados Paliativos; Oncología Médica (Fuente: DESC BIREME).

Introdução

A formação de profissionais de saúde, desde o início do século XX, tem sido orientada pelo modelo tecnicista e biologicista, conservando estreita relação com o modo de atenção à saúde vigente, o qual pretende oferecer à população uma maior quantidade possível de serviços de saúde, centrada na consulta médica, voltada a tratar as enfermidades por meio da fragmentação de ações focadas, exclusivamente, na clínica tradicional e com a intermediação crescente de tecnologias (1). Considerando o contexto contemporâneo de crescimento progressivo das doenças crônicas degenerativas, a saúde deve se constituir de fenômenos complementares entre si, com o reconhecimento das inter-relações de competências profissionais, significando, assim, um avanço na compreensão das complexas necessidades de saúde da população. De tal modo, a transcendência dos limites disciplinares do conhecimento é condição fundamental ao olhar abrangente da prática interdisciplinar sobre o campo da saúde (2).

A interdisciplinaridade é entendida como uma necessidade intrínseca para referenciar as práticas em saúde. Por intermédio da integração de saberes, possibilita a diversidade de olhares, permite o reconhecimento da complexidade dos fenômenos e reforça a necessidade de coerência na materialização da visão integral sobre o ser humano com carências de saúde (3). Desse modo, tem sido um grande desafio para a formação curricular de profissionais preparados para atuar com base no “conceito de saúde ampliado, com habilidade e competência necessárias, com espírito crítico e autonomia, que analise a realidade social, compreenda o processo saúde-doença, conheça as políticas de saúde brasileiras e o Sistema Único de Saúde (SUS)” (4).

No campo da saúde, é indispensável que a produção de conhecimento, a formação profissional e a prestação de serviços sejam tomadas como elementos indissociáveis ao almejar-se uma nova prática (5). Frente a isso, o Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) oncológico, que presta cuidados paliativos às pessoas em estado terminal, pode ser considerado um espaço privilegiado e orientado para a construção de estratégias promotoras da formação permanente dos trabalhadores da área da saúde e das humanas, com o intuito de suscitar o protagonismo da equipe, na busca por práticas inovadoras nos diferentes cenários que envolvem a prestação do cuidado na saúde (6).

A necessidade da prática interdisciplinar, como estratégia no campo da saúde, justifica-se pela potencialidade da mesma em proporcionar a troca de informações e de

críticas entre os profissionais da saúde e das humanas, ampliar a formação geral dos especialistas e questionar a possível acomodação dos profissionais com a assistência oferecida. Além disso, a interdisciplinaridade se coloca como um desafio face às demandas relacionadas às doenças crônicas e progressivas, como o câncer de pessoas que estão na finitude da vida. Dessa forma, este estudo busca contribuir com reflexões sobre a interdisciplinaridade na concepção e na prática do cuidado paliativo, e em consequência disso, sensibilizar os profissionais para as dificuldades e as insuficiências presentes no pensamento reducionista e simplificado, mostrando a necessidade de um pensar complexo, que implique em reorientação dos pressupostos que regem as práticas de saúde, resgatando valores interdisciplinares para cuidar das pessoas que vivenciam o processo de terminalidade.

Objetivo

Conhecer a visão dos profissionais sobre o seu trabalho no PIDI oncológico.

Metodologia

Este é um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em um PIDI oncológico, de um município localizado no Rio Grande do Sul, Brasil. O estudo contou com nove participantes, pertencentes à enfermagem, nutrição, medicina, serviço social, teologia, psicologia e administração, englobando nível técnico e superior.

O PIDI junto ao qual a investigação foi realizada, acompanha em domicílio indivíduos e suas famílias acometidos pelo câncer. Desde 2005, essa equipe presta cuidados aos pacientes internados em seus domicílios, duas vezes ao dia. A equipe de referência, formada por médico, enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, conta também com uma equipe de apoio, ou matricial formada por: nutricionista, médico coordenador da equipe, médico cirurgião, assistente social e teólogo. O PIDI possui ainda, em sua sede, um auxiliar administrativo, além de acadêmicos, como pós-graduanda de psicologia, e residentes de diferentes áreas da saúde, os quais atuam junto à equipe, conforme a disponibilidade do transporte (6).

A coleta de dados ocorreu em junho de 2009, por meio da técnica de observação participante, realizada durante 12 manhãs, em horário regular de trabalho da equipe, totalizando 50 horas, das quais os fatos relevantes foram registrados em diário de campo. Fez-se ainda um encontro de grupo focal na sede do PIDI, com duração de 50 minutos, o qual contou com um observador não participante e uma moderadora da discussão do grupo sobre

as pautas: atuação da equipe com cuidados paliativos, terminalidade dos pacientes e prática interdisciplinar. As discussões originadas no grupo focal foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas.

Para encerramento da coleta de dados, utilizou-se o critério de saturação teórica e empírica. A saturação dos dados foi atingida com o esgotamento de novos tipos de enunciados pelo adensamento teórico possível, com base nos dados empíricos disponíveis e nos atributos analíticos e interpretativos dos pesquisadores, não se obtendo, na interação entre o investigador e o campo de pesquisa, mais elementos para aprofundar a teorização (7). Os dados obtidos com a coleta começaram a apresentar muitas informações repetidas e, assim, considerou-se que foi alcançado o objetivo do estudo.

Para o tratamento dos dados, oriundos das observações e do grupo focal, optou-se pela análise temática, que consistiu em: pré-análise do material, por intermédio de uma leitura exaustiva do conteúdo; exploração do material, permitindo realizar a codificação, a descrição do conteúdo da mensagem e a classificação em categorias teóricas responsáveis pelas especificações dos temas; e por fim, a interpretação dos resultados, em torno das dimensões teóricas do estudo (8). Emergiram da análise dos dados, as categorias teóricas que representaram os desafios da equipe em relação ao seu trabalho no PIDI, especificando os seguintes temas: (a) Cuidados paliativos oncológicos: vivências da equipe interdisciplinar no trabalho com a terminalidade e morte dos pacientes; (b) A formação permanente aprimorando o trabalho da equipe para o projeto interdisciplinar.

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas/RS (UFPEL), pelo protocolo n.º 16/2009. Foram respeitados os preceitos éticos exigidos pela Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (9). Todos os profissionais da equipe aceitaram participar da investigação, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estando dessa forma cientes da garantia do anonimato dos sujeitos pela sua identificação com vocábulos abstratos na divulgação dos resultados.

Resultados e Discussão

As discussões propostas pelo grupo focal instigaram os profissionais a refletirem sobre o seu preparo para atuar diante da terminalidade dos pacientes e de um projeto de atuação interdisciplinar. Essas experiências da equipe do PIDI, associados às observações participantes, encontram-se descritas nos tópicos a seguir:

Cuidados paliativos oncológicos: vivências da equipe interdisciplinar no trabalho com a terminalidade e morte dos pacientes

A atuação com cuidados paliativos oncológicos propicia o desgaste psíquico e físico de profissionais, por tratar-se de uma atividade marcada por múltiplas exigências: lidar com a dor, o sofrimento, a terminalidade e a morte. No exercício de suas funções, os profissionais lidam com altos níveis de envolvimento emocional (10) e a exigência de habilidades específicas para conduzir os cuidados às necessidades atreladas à perda, como pode ser visto a seguir:

Muitas vezes, ficamos em situações terríveis, que não vamos mais esquecer. Vi um paciente muito emagrecido, todo fraturado por metástase óssea, em estado terminal. Na véspera do paciente morrer, fomos à casa dele. A conversa, a caridade, a maneira com que a médica falou com aquela futura viúva, me impressionou. Nunca mais vou esquecer o que eu a ouvi falar sobre o luto e morte, da maneira com que ela conduziu [Caridade].

Nessa situação, o doente parece também despertar a piedade de um trabalhador, sendo valorizadas algumas características que os profissionais devem possuir para terem condições de prestar atendimento humano em saúde como, por exemplo, espírito de caridade (11). Na modalidade de cuidados paliativos, a equipe enfrenta diariamente dificuldades em aliviar os sintomas e os sofrimentos dos pacientes, até a morte deles.

Foi possível observar que se tornam marcantes aos profissionais aquelas mortes envolvendo pacientes jovens ou quando a equipe mantém forte vínculo (12). Outros profissionais expressam suas fragilidades diante da prestação dos cuidados paliativos:

O PIDI e os pacientes vêm responder nossas necessidades. Sinto-me impotente, às vezes, porque o PIDI faz todo um tratamento aos pacientes que cuidamos tão bem até ali, para acabarem morrendo no hospital ou em casa quando a família não tem preparo emocional para essa morte. Existe a frustração nossa quando o paciente vai para o Pronto Socorro ou volta para o hospital, onde não tem todo o cuidado que nós investimos [Simpatia]. [...] por mais que eu já trabalhei com tudo, eu já vi muito sofrimento, nos sentimos impotentes perante a situação [Sinceridade].

Se a ocorrência da morte for vista como fracasso, o trabalho da equipe de saúde pode ser percebido como frustrante, desmotivador e sem significado. Não conseguir

evitar a morte ou aliviar o sofrimento pode trazer ao profissional a vivência de sua própria morte ou finitude, o que, às vezes, é extremamente doloroso (12). Em um estudo, o lidar com a morte do paciente para a equipe interdisciplinar de cuidados paliativos oncológicos na internação domiciliar, implicou, sobretudo, lidar com a própria finitude dos profissionais e a de seus entes queridos, permitindo que refletissem sobre essas possibilidades (13).

Esse princípio de realidade adentra e fere o psiquismo humano, fazendo com que as pessoas tenham o sentimento de impotência e de desvalorização, o que leva alguns profissionais pouco resistentes a degenerar-se rapidamente (10). Neste sentido, uma profissional aponta a importância da equipe no cotidiano laboral com cuidados paliativos:

Retroalimentamo-nos, tem dias que tu não estás com a bola tão cheia, mas daí tu conversa com o colega. O fato de trabalhar com paciente em fase terminal e ele, muitas vezes, nos questiona: Porque estou assim? Aonde vou chegar? Às vezes, parece que tu não estás ajudando em nada, nos traz algumas reflexões, mas o fato de aguentarmos [...] é porque a equipe se autoajuda [Solidariedade].

Observou-se que a vivência da terminalidade do paciente exige do profissional resiliência, como uma forma adaptativa para superar as adversidades encontradas, tanto do ponto de vista biológico como psicológico (14). Além disso, reforça que o trabalhador busca aprender a lidar com o sofrimento inerente aos cuidados paliativos de forma solidária na equipe, ou seja, criando condições para que se possa falar dele quando ocorrer.

A presença do diálogo no grupo cria um clima fraterno de troca de opiniões, inclusive críticas associadas à objetividade nas reuniões, o que exige um aprendizado de todas as partes e é a primeira tarefa de qualquer equipe (15). Nessa perspectiva, parece que o grupo busca mediar suas diversidades pessoais, sendo provenientes das múltiplas áreas profissionais, durante os encontros para a discussão de casos:

Conflito eu nunca senti no PIDI, nunca tive conflito com nenhum outro profissional, muito pelo contrário, sempre conversamos, alguém tem uma opinião nos rounds, percebo isso, a diversidade de opiniões, de condutas, mas sempre se chega em um denominador comum, nunca vi assim conflito de ideias, de conduta, de interesses, não existem diferentes linhas de conduta, por exemplo: a coordenadora orienta quem sabe entra-

mos com tal medicação, quem sabe vamos dar alta para tal paciente, quem sabe o serviço social dá palpite, está em um momento de darmos alta, não vamos dar ou o paciente está pedindo para ir? A discussão é sempre feita nos rounds, então o conflito pode querer existir, mas ele termina no diálogo, na discussão, eu percebo isso [Caridade]. Toda equipe tem problemas, os profissionais puxam muito para a sua área, mas esse não é o caso do PIDI. No PIDI existe muito mais harmonia do que conflito, e parecem conseguir resolver seus conflitos [Alegria].

O lidar com diferenças, com conflitos, com afetos e poderes na equipe é um aprendizado coletivo (15). Nesse processo de aprendizado, os profissionais encontram satisfação decorrente do apoio intrínseco da própria equipe, com colegas e também, por meio dos pacientes, apesar da dificuldade de atuar com a terminalidade destes:

Nós temos dificuldade no PIDI em trabalhar a espiritualidade, estamos aprendendo juntos é assim que nos ajudamos. São muito mais as palavras que as pessoas precisam [Solidariedade].

Os conflitos são inerentes à vida organizacional e “significam a existência de dinamismo, emoções, sentimentos e forças, que pode contrapor-se, num primeiro momento, ao espírito de equipe, mas tem como fator positivo a promoção da inovação” e da mudança no ambiente de trabalho (16). Apesar da diversidade de opiniões profissionais serem saudáveis, é comum ocorrer discordâncias, que se tratadas com espírito de amizade e de cooperação, podem ajudar as pessoas a ajustar as diferenças e fomentar a criatividade ou a inovação (17).

Algumas características dos relacionamentos entre os profissionais na equipe são expressas nos seguintes depoimentos:

No PIDI existe a amizade dentro e fora dele [Felicidade]. Existe uma harmonia crescente entre os membros da equipe, com troca de informações não só técnicas como humanas [Simpatia].

A amizade significa respeito e interesse pela opinião dos outros, independe da intimidade, sendo uma forma de conquistar a adesão das pessoas, sem precisar utilizar a coerção e o mando para influenciá-las (18). Esses profissionais lidam diretamente com a terminalidade do usuário e com os significados de morte, e buscam o apoio nos colegas de equipe, por meio de um relacionamento afetivo. Portanto, acredita-se que esse tipo de relacionamento possui valor terapêutico em si, mantém e restabelece o equilíbrio, o bem-estar e a autoconfiança:

Trabalhamos e temos prazer de trabalhar, porque a equipe se autoajuda [Solidariedade].

Como visto na fala do profissional, o trabalho pode também trazer elementos de satisfação e bem-estar pela atuação em conjunto, principalmente, diante do relacionamento do grupo e da escuta que recebem. Esses aspectos envolvem a humanização no trabalho, isto é, a valorização do profissional e o reconhecimento do seu “eu” (18), como pode ser identificado nas seguintes expressões dos participantes:

[...] aqui é o meu lugar, já arrumei o meu espaço, aqui me sinto em casa. Sinto-me muito bem aqui, acolhida por todos, faz parte de mim o PIDI [Caridade]. Percebo que sou acolhida e que tenho esse espaço e importância na equipe [Esperança]. Acho que a coordenadora é coordenadora-líder, ela sempre ouviu, foi aberta. Eu acho que esse sentimento é importante na equipe. [...] Senti-me acolhida pelo grupo. [...] Acho que temos aqui uma escuta [Resgate].

Vê-se, deste modo, que os profissionais utilizam o acolhimento como conduto de apoio às necessidades humanas, diante dos desafios do trabalho com a terminalidade. O acolhimento, como recepção, escuta, responsabilizações, compartilhamento de saberes, emprega a harmonia no trabalho, proporciona um clima de compreensão e de entusiasmo pelo trabalho, de respeito e de afeto mútuos, auxiliando no controle do sofrimento e na satisfação pela atuação em conjunto (19).

A formação permanente aprimorando o trabalho da equipe para o projeto interdisciplinar

A reflexão dos profissionais acerca do preparo para atuação interdisciplinar no PIDI, os levou à constatação de que essa foi uma competência adquirida sem as bases da formação curricular:

Eu não vi isso, trabalho em equipe interdisciplinar [na graduação] [Vocação]. Nem eu [vi isso na graduação] [Solidariedade]. Temos a dificuldade de trabalho em equipe, desde a época de escola em que o trabalho em grupo, era dois faziam e outro assinava [Esperança].

Como pode ser entendida nas expressões dos participantes, a formação acadêmica e técnica e o ensino médio não garantiu para essa equipe uma aprendizagem, com vistas à prática interdisciplinar, o que, consequentemente, poderia limitar a inserção da equipe nessa modalidade de atuação. Nessa perspectiva, deve-se considerar que a formação dos profissionais de saúde nas instituições

universitárias, ainda está marcada pelo paradigma médico-biológico, o que, frequentemente, não os têm preparado para o trabalho interdisciplinar (20), nem na formação técnica e nos ensinamentos médio e fundamental. Isso pode ser notado no relato de uma profissional:

Vimos de uma cultura baseada no modelo médico, muito forte, e chegamos aqui no PIDI, mesmo como uma equipe de apoio, nos sentimos com um lugar. Acho isso importante e que aqui funciona de uma maneira que eu não vi em nenhum outro lugar [Resgate].

Embora nas políticas de saúde seja imprescindível essa mudança e “obrigatório o comprometimento das instituições formadoras desde a educação fundamental, com o SUS” (21), ainda não se trata de uma realidade praticada. Frente a essa lacuna, alguns profissionais referem buscar subsídios em cursos de pós-graduações para constituir de fato, a prática interdisciplinar da equipe:

O mestrado voltado a estes aspectos tem me dado grande conhecimento para dar seguimento às práticas [...], resultando assim, na maior satisfação dos nossos usuários [Vocação]. No segundo ano, no PIDI, entrei para o curso de especialização de Humanização e Gestão do SUS [quando houve contato com a temática] [Solidariedade].

Além de alguns profissionais buscarem auxílio em pós-graduações para atuação interdisciplinar, observa-se que a equipe elabora eventos anuais para discutirem a temática junto aos especialistas no assunto, trazendo o aprimoramento também para os membros da equipe com formação técnica e ensino médio. Assim, a formação para a área da saúde deve ter como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturando-se a partir da problematização do processo de trabalho a sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas (21).

Outro aspecto relevante para a aprendizagem da prática interdisciplinar, neste Programa, é a incorporação de multiprofissionais residentes em oncologia, bem como de profissionais voluntários na equipe matricial, o que significa “favorecer essa aprendizagem, abrindo espaços que permitam a participação dos residentes e profissionais voluntários no processo decisório das equipes interdisciplinares” (22).

Desse modo, a criação da residência multiprofissional, em março de 2010, devido à necessidade de aprimoramento profissional em oncologia, nesta região do Brasil, contribuiu para fortalecer a interdisciplinaridade, visto

que a multiprofissionalidade tão própria da área de saúde, demanda novas formas de vivência e de convivência entre os saberes e profissionais (23). Nessa visão, o PIDI possui algumas potencialidades, as quais foram mencionadas no grupo, ressaltando o enfoque interdisciplinar na oncologia:

A residência multiprofissional conta com nutrição, enfermagem, odontologia e psicologia, tem discussão de casos clínicos-rounds [...] toda equipe debate sobre as necessidades de um único paciente [Caridade]. Essa residência vai crescer muito [...] só precisa costurar essas relações [Vocação].

Sobre a menção às relações a serem traçadas com a participação da residência com as práticas da equipe do PIDI, acredita-se que a atuação profissional pautada no conhecimento científico e no interesse em proporcionar melhorias ao cuidado à terminalidade, permite a respeitabilidade mútua entre os profissionais, apesar das diferenças, e a confiabilidade, gerando um trabalho interdisciplinar eficaz, ao mesmo tempo em que compartilha responsabilidades, deveres e direitos. Com vistas a atingir essa congruência de saberes profissionais na equipe, os cursos de especialização e residências em saúde de caráter multiprofissional têm sido estimulados pelo Ministério da Saúde (MS), preconizando o cuidado integral e implicando em mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde para horizontais, de maneira que se constituam equipes interdisciplinares, além de melhorar a relação entre profissionais e usuários, para que se desenvolva realmente a autonomia dos usuários (24).

Além disso, a equipe do PIDI referiu estar engajada na construção do conhecimento para uma atuação interdisciplinar, por meio de eventos científicos e projetos de pesquisa e extensão:

A construção do conhecimento através dos nossos seminários tem sido fundamental para que possamos extrapolar o conhecimento na área de cuidados paliativos e internação domiciliar. [...] O PIDI favorece a produção científica [Vocação]. Eu cada vez mais me envolvo no PIDI, produzo trabalhos científicos, projeto de pesquisa. [...] A interdisciplinaridade favorece a produção científica [Caridade].

De tal modo, a interdisciplinaridade tem sido reconhecida como uma nova atitude frente ao conhecimento, na busca do sentido do saber, procurando superar a insatisfação que a fragmentação cria ao isolar as diversas especializações profissionais. Igualmente, o discurso de um trabalhador mostra a relevância das práticas de cuidado

interdisciplinar, para ultrapassar a hegemonia do modelo hospitalocêntrico:

É importante [divulgar as nossas práticas], quero transmitir aos outros que visitando o paciente em seu domicílio você pode avaliar a realidade dele e as condições de cuidados, [além de dar] o auxílio na assistência e aos cuidadores [Resgate].

No depoimento, a profissional destaca a amplitude de cuidados em saúde que podem ser proporcionados e avaliados no domicílio do paciente, onde é possível dialogar além das necessidades físicas, psíquicas e emocionais, dimensões mais globais, como as sociais, espirituais, econômicas, de apoio familiar ao indivíduo doente e também de assistência e corresponsabilização do cuidador. Nesta ótica, percebe-se o PIDI como um espaço coletivo de formação para a interdisciplinaridade, visão integral dos pacientes, das ações e integração de todos os envolvidos, o que impulsiona a reflexão crítica, a expressão da subjetividade e a construção de atores sociais (25).

Por tanto, para que essa mudança de modelo de atuação e de ensino aconteça, não basta estar presente na formação profissional, mas também na educação permanente dos trabalhadores de saúde, devendo propiciar a superação de limites da formação e das práticas clínicas tradicionais, pela busca de vínculo, responsabilização, integralidade da atenção, clínica ampliada, conhecimento sobre a realidade, trabalho em equipe interdisciplinar e intersetorialidade (5).

Conclusão

Na experiência da equipe do PIDI, frente à terminalidade de seus pacientes, destaca-se o diálogo entre profissionais para a superação do sofrimento cotidiano ao lidar com os sintomas do câncer e a morte dos pacientes. Além da escuta para a atenuação de conflitos de opiniões e condutas, é visto o clima de acolhimento, de trocas de respeito e de afeto mútuos, auxiliando-os no controle do sofrimento e na satisfação pela atuação em conjunto.

Já a vivência pautada na prática interdisciplinar, indica lacunas na formação curricular, evidenciando a necessidade de mudança do paradigma vigente de ensino, para consequentemente, transformar as práticas de cuidado paliativo. Com o intuito de superar essa restrita abordagem sobre a atuação interdisciplinar na formação, os profissionais desse Programa demonstram proatividade na busca de aperfeiçoamento contínuo, por meio de cursos de pós-graduação, organização de eventos anuais, produção científica, projetos de pesquisa e extensão,

contando com a inserção de voluntários, de acadêmicos e de residentes multiprofissionais no serviço.

Diante do exposto, cabe ressaltar a importância de se estimular a educação permanente das equipes, possibilitando a articulação e o diálogo entre atores e saberes da clínica, da saúde coletiva e da gestão, a partir das necessidades locais da comunidade. Igualmente, com vistas ao aprimoramento dos profissionais para o trabalho na modalidade interdisciplinar dos cuidados paliativos.

Os limites do estudo consistem em se tratar da experiência, embora relevante, de apenas uma equipe, cuja prática interdisciplinar pode ser facilitada pela união da filosofia dos cuidados paliativos. Ambas as características da equipe, sendo desafios e itens poucas vezes abordados na formação curricular, levam em parte, à promoção da solidariedade e da relação afetuosa na equipe, como meio de crescimento e de superação do grupo, diante do sofrimento frente à morte e à terminalidade dos pacientes, que requerem multiprofissionais interagindo e atuando integrados, para tratar dos diversos sintomas oncológicos que os pacientes apresentam.

Acredita-se que o estudo é significativo para o conhecimento científico do cuidado ao ser humano, sendo esse que une os trabalhadores em torno de um mesmo objetivo, a partir de diversos enfoques das diferentes áreas profissionais-saúde e humanas, ampliando a concepção desses em relação ao processo saúde e doença.

Referências

- (1) Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev Latinoam Enferm*. 2003;11(4):525-531.
- (2) Maheu CA. Interdisciplinaridade e mediação pedagógica. *Rev FAEEBA: Educação e Contemporaneidade*. 2002;1(3):143-158.
- (3) Mendes JMR, Lewgoy AMB, Silveira EC. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. *Rev Ciênc Saúde*. 2008;1:24-32.
- (4) Gattás MLB, Fugerato ARF. Interdisciplinaridade: uma contextualização. *Acta Paul. Enferm*. 2006;19(3):322-327.
- (5) Feuerwerker LCM. Educação dos profissionais de Saúde hoje-problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Revista ABENO*. 2004;3(1):24-27.
- (6) Arriera ICO, Thofehr MB, Fripp JC, Duval P, Valadão M, Amestoy sc. Programa de Internação Domiciliar

- Interdisciplinar Oncológico: metodologia de trabalho. *Cienc Cuid Saúde*. 2009;8(Suppl):104-109.
- (7) Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):389-394.
- (8) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
- (9) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012, diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 2012.
- (10) Arrieira ICO, Thofehrn MB, Porto AR, Palma JS, Fripp JC. A saúde mental da equipe interdisciplinar do programa de internação domiciliar interdisciplinar (PIDI) oncológico. Em: Seminário de avaliação em atenção psicossocial, 2008, Pelotas. Anais do Seminário de Avaliação em Atenção Psicossocial. Pelotas: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia; 2008.
- (11) Casate JC, Correa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2005;13(1):105-111.
- (12) Kovács MJ. Cuidando do Cuidador Profissional. Em: Oliveira RA. Cuidados Paliativos. São Paulo: CREMESP; 2008. pp. 91-101.
- (13) Rodrigues IG, Zago MMF. A morte e o morrer: maior desafio de uma equipe cuidados paliativos. *Cienc Cuid Saúde*. 2012;11(Suppl):31-38.
- (14) Yunes MAM. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família *Psicol Estud*. 2003;8:75-84.
- (15) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular [documento em Internet]. 2ª ed. Brasília: 2007 [acesso: 11 abr 2012]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf
- (16) Thofehrn MB. Vínculos profissionais: uma proposta para o trabalho em equipe na enfermagem. 2005 [tese de doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- (17) Weiss DH. Como resolver (ou evitar) conflitos no trabalho. São Paulo: Nobel; 2001.
- (18) Cecagno D, Gallo CMC, Cecagno S, Siqueira HCH. Qualidade de vida e o trabalho sob a ótica do enfermeiro. *Cogitare Enferm*. 2002;7(2):54-59.
- (19) Moscovici F. O mistério dos grupos. Em: A organização por traz do espelho: reflexos e reflexões. Rio de Janeiro: José Olímpio; 2004. pp.101-128.
- (20) Schneider JF, Souza JP, Nasi C, Camatta MW, Machineski GG. Concepção de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009;30(3):397-405.
- (21) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação na área da saúde. Brasília: MS; 2004.
- (22) Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Rev Saúde Coletiva*. 2004;14(1):41-65.
- (23) Roquete FF et al. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. *R Enferm Cent O Min*. 2012;2(3):463-474.
- (24) Piancastelli CH et al. Saúde da Família e desenvolvimento de recursos humanos. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2000;21:44-48.
- (25) Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(2):219-230.