

**JADER SANTOS ANDRADE**

# **CRIAÇÃO DE UM GRUPO INTERDISCIPLINAR**

***Medidas estratégicas e reconhecimento de limitações na  
formação e desenvolvimento de um grupo e sua filosofia***

*Monografia de Conclusão do  
Curso de Especialização em Envelhecimento e Saúde do Idoso  
promovido pelo CIAPE:  
Centro Interdisciplinar de Assistência e Pesquisa em Envelhecimento*

**Boa Esperança**

**2005**

*Agradeço a minhas amigas Adriana Rondini, Denise Portugal,  
Gisele Martins Vilela, Joana D'arc Ribeiro de Moura,  
Jussara Figueiredo de Oliveira, Nisaldy da Rocha Gomes Ribeiro,  
Patrícia Reis e Rosália Freire Figueiredo Maia por terem  
tornado possível este trabalho.*

## **RESUMO**

A partir de um ideal de trabalho interdisciplinar buscou-se a criação de um grupo multiprofissional, para atuação numa cidade de pequeno porte. Após um período de observação de cerca de treze meses, compreendendo do convite inicial aos profissionais para formação do grupo a reavaliação final, procedeu-se ao estudo das estratégias utilizadas, programadas e históricas, sua classificação e análise de seu papel, reconhecimento das limitações encontradas, comparação com a literatura encontrada e identificação da filosofia do grupo.

**PALAVRAS-CHAVE:** interdisciplinaridade; equipe interdisciplinar; filosofia de grupo

## SUMÁRIO

- ❖ **INTRODUÇÃO**
- ❖ **JUSTIFICATIVA**
- ❖ **OBJETIVOS**
- ❖ **METODOLOGIA**
- ❖ **RESULTADOS**
  - ◆ *O convite*
  - ◆ *A força que veio de fora*
  - ◆ *Começando a construção do trabalho grupal*
  - ◆ *A primeira experiência*
  - ◆ *O acaso. Acaso ?*
  - ◆ *Lavras*
  - ◆ *Iris*
  - ◆ *Introspecção*
  - ◆ *“Decisões no contexto da terminalidade”*
  - ◆ *Atividades didáticas*
  - ◆ *Dinheiro a vista!*
  - ◆ *Integração*
  - ◆ *Estatuto do Idoso*
  - ◆ *Definindo um rumo*
  - ◆ *Vila Vicentina*
  - ◆ *Reavaliação*
- ❖ **DISCUSSÃO**
- ❖ **CONCLUSÃO**
- ❖ **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**
- ❖ **ÚLTIMAS PALAVRAS**

***Em qualquer hipótese convém ter presente que a interdisciplinaridade jamais será a destruição do limite, desde que o limite não se reduza à fronteira fechada, hostil às relações de vizinhança. Ela deve ser a valorização da linha divisória enquanto enlace, terra de parceria e de cumplicidade produtivas. O que acontecerá sempre que a interdisciplinaridade souber se deslocar do território da concorrência para a terra da complementaridade. Por isso o projeto da interdisciplinaridade inclui todo um esforço de desterritorialização. (Portella, 1995) <sup>36</sup>***

***A saúde pública precisa de pessoas que compreendam o que faz as disciplinas serem diferentes(epistemologia) e que estejam abertas aos diferentes pontos de vista que as diferentes disciplinas oferecem. (Fiona Haigh, 2002) <sup>37</sup>***

## **CRIAÇÃO DE UM GRUPO INTERDISCIPLINAR**

### **Medidas estratégicas e reconhecimento de limitações na formação e desenvolvimento de um grupo e sua filosofia**

#### **INTRODUÇÃO**

Os primeiros contatos com a gerontologia reconduziram-me logo ao contexto da interdisciplinaridade, conceito que embora não fosse novo para mim, ainda estava distante da sua compreensão plena. Soube dele ao entrar em contato com o estudo da psicossomática. Como tudo tem seu tempo de amadurecer, reencontrar o conceito de interdisciplinaridade permitiu-me ligar os conhecimentos provenientes do saber psicossomático aos da prática gerontológica.

Encantei-me rapidamente com a idéia de um trabalho em equipe, onde além da ajuda recíproca, poderia conhecer o universo de um paciente de modo que tenderia ao holístico, proporcionando maior satisfação profissional e maior possibilidade de ajuda. Esbarrei contudo no que julguei ser impossível: a construção de uma equipe atuante em minha cidade. Embora resida numa região geográfica e socialmente privilegiada do estado de Minas Gerais, com uma população residente de cerca de 38.000 habitantes, eu não enxergava possibilidade de desenvolvimento de um trabalho deste porte, aqui em Boa Esperança. Mesmo porque, imaginava que um grupo dessa forma orientado, deveria ser composto por pessoas com o mesmo nível de envolvimento profissional que eu.

Sonhei futuramente construir um espaço, cuja estrutura diferenciada pudesse ser atrativo para diversos profissionais, que unidos por um ideal comum, viessem a trabalhar juntos. Corporificar este sonho iria demorar muito. Pensava em desistir da idéia, quando motivado por estímulos internos, desembarcei-me dos limites que me impunha e fui convidar pessoas da área de saúde e social,

com a proposta que tinha em mente: montar um grupo multiprofissional e interdisciplinar para atendimento em gerontologia. As pessoas escolhidas em sua maioria já eram minhas conhecidas, porém, até então, não tinha com elas vínculos fortes de amizade. Embora elas não exercessem exclusivamente atenção a idosos no âmbito de seu trabalho, mostraram-se simpáticas à idéia. Nascia desta forma algo novo, com possibilidade de melhor e mais eficaz entrosamento profissional, com espaço para aprendizado e atuação diferenciada.

\*\*\*\*\*

Apesar da inexistência de uma epistemologia da interdisciplinaridade, diversos teóricos têm buscado fundamentações nas diferentes correntes filosóficas, biológicas e sociológicas, tentando a elaboração de uma síntese<sup>36</sup>. Sabe-se que o olhar integral ao ser humano era uma prática comum na Antiguidade, respeitados os limites do saber vigente. A partir do século XIX, o positivismo então hegemônico favoreceu a disciplinarização da ciência, com conseqüente excesso de especialização e fragmentação do saber. Apesar disso, ao se analisar mais profundamente determinadas situações históricas, pode-se já encontrar, sinais de pensamento interdisciplinar em oposição a visão reducionista dominante<sup>38</sup>. Ele se fortalece porém, é no século XX, no final da década de 50, como uma forma de conceber e fazer ciência, gerando discussões a respeito da necessidade de uma proposta epistemológica de caráter interdisciplinar. Gomes<sup>18</sup>, revendo Minayo, nos esclarece que o próprio movimento interdisciplinar teve seu momento de autocrítica, quando alguns pensadores estabeleceram seus pontos de vista para justificar a existência do mesmo. Seria ele uma “necessidade imposta pelos complexos problemas que são colocados para a ciência e que não são respondidos por enfoque unidisciplinar ou pela justaposição de várias disciplinas” (Gusdorf); ou seria “um processamento funcional, uma tecnologia que poderia garantir a expansão de práticas operatórias comprometidas com a transformação do real em

objetividade” (Carneiro Leão), ou seja, uma nova forma funcional da ciência, para difusão de si mesma, passando por cima de diferenças e oposições; ou seria ainda, uma conseqüência da filosofia, que deixando de ser apenas crítica, estaria “ampliando sua atividade num labor cooperativo, fazendo a mediação entre a filosofia e as ciências, entre a cultura sofisticada dos especialistas nas ciências e técnicas e o mundo vital” (Habermas).

Traz-se da literatura, o conceito de disciplina, definido como um corpo específico de conhecimento passível de ensinar-se, com todo seu conteúdo técnico a ele relacionado<sup>1</sup>. Interdisciplinaridade seria inicialmente entendida como a interação entre duas ou mais diferentes disciplinas, variando de uma simples comunicação de idéias a uma integração mútua de conceitos, metodologia, procedimentos, epistemologia, terminologia e informações principalmente, como nos diz Woolcott<sup>1</sup>, citando Delkeskamp (1977). Um cuidado interdisciplinar verdadeiro<sup>27</sup> só ocorrerá quando pontes entre profissões tradicionalmente isoladas forem construídas.

Mariano <sup>6</sup>, em 1989, alertava que naquela época a pouca ênfase à prática e à educação interdisciplinar se relacionava ao pouco conhecimento que se tinha a respeito do que interdisciplinaridade viesse a ser e sobre o que a promovia ou dificultava. Muitas questões relativas a isso surgiram. Como desenvolver nos membros de um grupo habilidades para trabalhar colaborativamente ? O que seria uma equipe interdisciplinar ? Que habilidades e que conhecimento teórico facilitariam a interdisciplinaridade ? A interdisciplinaridade seria um desafio às normas e valores de cada profissão ? Existiriam facilitadores institucionais e barreiras à prática de interdisciplinaridade ?

Deste modo, aprendeu-se que para que haja um direcionamento adequado dos membros de uma equipe, bem como para satisfação de suas expectativas, uma clara conceituação e uma definição exata de interdisciplinaridade é necessária, bem como uma correta negociação entre os integrantes, que deverão ter claros



seus papéis. Se isto não for atingido, em vez de um trabalho unido, com pessoal envolvido em um resultado integrado, haverá apenas “confusão, fragmentação e isolamento” <sup>6,15</sup>. Um grupo interdisciplinar deve esforçar-se em ser uma entidade que tem uma estrutura, uma definição, uma direção, uma identificação e uma “energia grupal” ou sinergia.

Sabe-se que na medida em que o cuidado de saúde se torna mais complexo, assim também se tornam complexas as relações entre os profissionais da saúde envolvidos. As diferentes formas de prática entre profissionais vão se estabelecendo na medida em que a autonomia profissional diminui e a capacidade de compartilhar conhecimento aumenta, atingindo a prática interdisciplinar. É esta prática, independentemente da causa de sua origem, que irá se mostrar mais eficaz para lidar com situações crônicas e complexas, em especial no que diz respeito “a pacientes com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde”<sup>15</sup>.

Sistematizando, teremos que a prática profissional pode ser classificada como “paralela”, ou seja, aquela que acontece em situações clínicas que contém mais de um profissional. Identifica-se uma autonomia profissional, uma adequada definição de papéis e uma coordenação verticalizada.

Em seguida surge a “colaboração”, quando diversos profissionais compartilham informação, evoluções e planos de tratamento. Neste modelo a autonomia profissional ainda é alta, a troca acontece informalmente ou em reuniões e já começa a haver um compartilhar de saberes através das fronteiras profissionais.

Surge então a “consultoria”, que pode existir num contexto multidisciplinar, interdisciplinar e individual sendo uma assessoria que um profissional oferece ao outro, melhorando o entendimento do paciente no contexto bio-psico-social.

A prática da “coordenação” é o modelo seguinte, pressupondo um administrador (líder da equipe) gerenciando as ações de colaboração e assessoria, quer no âmbito profissional, quer na relação com paciente, sua família e a comunidade. Sua consequência imediata é a equipe multidisciplinar, “resultado da prática colaborativa coordenada, articulada e bem formalizada”<sup>15,35</sup>.

A prática interdisciplinar estará evidente quando o grupo de profissionais estiver reunindo-se regularmente para discutir metas comuns. O conceito de equipe vai surgindo em função dos encontros onde acontece estímulo ao trabalho colaborativo, com metas comuns, atuando sob uma coordenação. O resultado do trabalho em equipe será maior do que a soma do trabalho profissional individual. Assim “a prática colaborativa prioriza a experiência compartilhada e minimiza a autonomia profissional. Se os membros diminuem um pouco a importância de sua base profissional de conhecimentos, valores e habilidades, enfatizando similaridades, promovendo uma orientação comum ao paciente/cliente, o funcionamento da equipe interdisciplinar de saúde melhorará”<sup>15</sup>.

Além da interdisciplinaridade estaria a transdisciplinaridade onde os agentes que se comunicam não são mais os saberes disciplinares em si, mas os próprios sujeitos da interação; “não são mais os campos disciplinares, entidades abstratas (conceitos, noções, modelos) que interagem entre si, mas os sujeitos que constroem na prática científica cotidiana”<sup>28</sup>, criando um novo e amplo campo teórico. Contudo, é a “interdisciplinaridade que favorece a emergência da transdisciplinaridade” (Weil)<sup>32</sup>.

Avançando no entendimento do que seja trabalho de grupo, podemos enxergar uma equipe multiprofissional de ação interdisciplinar como uma equipe onde ocorre “integração”, palco de articulação de ações e interação de agentes, em oposição a equipes constituídas apenas por “agrupamento”, caracterizadas por justaposição das ações e agrupamento dos agentes. Usando o referencial

teórico de Habermas<sup>31</sup> entendemos que o trabalho se dá em função do que ele denomina “agir comunicativo”, definido como as interações nas quais as pessoas envolvidas se põem de acordo para coordenarem seus planos de ação. Existe elaboração conjunta de linguagens comuns, objetivos comuns, propostas comuns ou mesmo de uma cultura comum. É a fala (comunicação) que dará origem as ações, na medida em que acontece um reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade, uma vez que através dela perceber-se-á a sinceridade ou a autenticidade do interlocutor, a verdade de suas afirmativas e enunciados, passando-se finalmente a correção das normas relacionadas aos enunciados feitos (ação). É por meio da prática comunicativa, verdadeira busca de consensos, que os diversos profissionais podem questionar o trabalho cotidiano executado e construir um projeto comum relativo às necessidades de saúde dos usuários, além de modificarem sua prática específica<sup>31</sup>.

O trabalho interdisciplinar, possível<sup>29</sup>, embora de difícil execução, requer contudo, em nossa sociedade, como nos alerta Vidal<sup>3</sup>, uma reformulação do ensino, iniciando o aprendizado desta prática, dentro do ambiente universitário. É preciso, na busca da integração entre o conhecimento médico e as outras disciplinas relacionadas ao homem, a sociedade e ao meio ambiente que o rodeia, a real transformação da instituição universitária. Na nova instituição de ensino, o docente deixará de ser aquele que meramente transmite conhecimento, para ser o que transmite o “saber-fazer”, o que só será conseguido por meio de “atividades de trabalho-estudo de um novo gênero, nos quais estarão estreitamente associadas várias disciplinas, onde o social, o psíquico e o biológico estejam presentes e unidos à criatividade e inclusive a expressão artística”<sup>3</sup>. Assim poderá vencer possíveis barreiras como: atitudes negativas frente ao desenvolvimento de equipes interdisciplinares; idéias errôneas a respeito de autoridade e poder dentro de uma equipe; e dúvidas a respeito da eficácia e eficiência de equipes em cuidados de saúde<sup>34</sup>.

Completando este pensamento, Sobral<sup>10</sup> acrescenta que o estímulo a interdisciplinaridade não é um meio para se abolir os limites da estrutura disciplinar do saber; é, na verdade, “uma estratégia de organização do processo ensino-aprendizagem e de consolidação do aprendizado, a partir da identificação de aspectos comuns a diferentes perspectivas, ou áreas de conhecimento, face a determinados temas de estudo e com propósitos que transcendem a própria estratégia”, visando “ampliação do repertório mental do aprendiz mediante associações pertinentes”.

\*\*\*\*\*

A gerontologia é uma área propícia à atuação interdisciplinar, uma vez que o idoso, dada a sua complexidade existencial, necessita ser compreendido e assistido de forma ampla<sup>24</sup>. A ação multiprofissional apenas, sem o intercâmbio disciplinar, incorre na possibilidade maior de erros<sup>8</sup>. A criação de uma equipe interdisciplinar requer tempo, treinamento e revisão de muitos dos papéis tradicionais; deve ser um espaço onde além do conhecimento do trabalho alheio, precisa-se respeitar, confiar e apreciar o outro profissional<sup>25</sup>. No desenvolvimento do trabalho grupal interdisciplinar, é complexo o processo que envolve a tomada de decisões, na verdade pouco apreendido e conhecido pelos membros de um grupo. É interessante, portanto, que um sistema de análise e estabelecimento de condutas (protocolo), com possibilidade de revisões e mudança de atitudes, seja integrado ao trabalho<sup>2</sup>, além disso é de grande importância o desenvolvimento de uma boa comunicação interprofissional para garantia de um ótimo cuidado especialmente a idosos frágeis<sup>20</sup>, uma vez que se sabe que compartilhar informações não comuns a todos os membros do grupo, aumenta a precisão do trabalho<sup>23</sup>. Entender a integração interdisciplinar, nos alerta Camacho, é “passar por um processo reflexivo consciente, que envolve relações de compromisso entre profissionais de saúde em relação ao cliente idoso e seus familiares, articulando uma finalidade comum do atendimento à saúde na área da gerontologia”<sup>33</sup>.

No desenvolvimento do trabalho de grupo é preciso que seja claro para os membros do grupo a identificação dos objetivos que motivam a intervenção da equipe, no tratamento do paciente. Também de importância é a definição do papel de cada membro, que deve cumprir com as tarefas a ele designadas. Tem-se assim, por objetivo, ao se integrar conhecimento, produto final do trabalho em equipe, que a participação de cada membro possa ser ótima e eficaz<sup>4,9</sup>. Uma equipe de fato deve estar sempre oferecendo encorajamento e mesmo esperança ao seu cliente, a todo tempo<sup>11,30</sup>. O trabalho deve ser sempre cooperativo e dinâmico, com a participação de todos os membros do grupo, norteados por um propósito comum. Para estimular a cooperação, o líder do grupo deverá sempre desenvolver uma meta comum; criar um ambiente aberto e seguro; incluir todos que partilham de um ideal comum e encorajar diversos pontos de vista; aprender a negociar acordos; e, insistir na justiça e equidade na aplicação de regras.<sup>26</sup>

É uma responsabilidade de todos, ao coletar os dados, identificar a personalidade do paciente e sua maneira de lidar com recursos que têm: suas habilidades e a rede social que o apóia<sup>22</sup>. Os elementos do grupo também são responsáveis por adequar suas informações ao todo, por definir suas próprias tarefas e por assegurar que elas sejam levadas em consideração. O médico esclarece as limitações impostas pela doença do paciente, suas conseqüências e influências na perda de funções do sistema envolvido, bem como nos outros sistemas já afetados pelo envelhecimento; deve sempre promover “screening” de patologias próprias da idade e determinar as intervenções para prevenção secundária. A enfermeira instrui a equipe sobre medicação, hábitos urinários e intestinais, higiene, alimentação, integração social e sobre outras rotinas, buscando um equilíbrio entre o estado de saúde desejável e o que se pode ter<sup>27</sup>. Caso a equipe atue no ambiente hospitalar é o conhecimento específico da enfermagem que vai ajudar a direcionar determinados pacientes para avaliação interdisciplinar em gerontologia<sup>5</sup>.

O fisioterapeuta por sua vez atua melhorando o desempenho músculo-esquelético. O terapeuta ocupacional informa sobre visão, audição, propriocepção, habilidade músculo-esquelética e melhora a capacidade do paciente em desempenhar atividades de vida diária. O assistente social estabelece o contato com a família, verifica suas condições sócio-econômicas e o ambiente doméstico. O psicólogo avalia o estado mental e a capacidade de entendimento e educação do paciente. O farmacêutico analisa a interferência das drogas em uso no estado de saúde do paciente. O nutricionista indica a dieta necessária. Na dependência do número de participantes da equipe outras funções serão acrescidas. Os profissionais envolvidos posteriormente estabelecem metas de curto e longo prazo e fazem reavaliações, baseando-se no intercâmbio que promoveram entre si, no real estado de saúde do paciente, no prognóstico médico, focando intervenções para os problemas e disfunções dos pacientes avaliados<sup>11,12,13,30</sup>. No estabelecimento de um plano de cuidados adequado, a visão particular de cada integrante da equipe, é imprescindível, enriquecendo o processo e permitindo que o sucesso seja maior<sup>7,19,21</sup>. Tal êxito já foi sinalizado inclusive por revisões sistemáticas, que indicam o valor da avaliação geriátrica global, de caráter interdisciplinar, mesmo ao se considerar que existem dificuldades metodológicas para estudos nesta área, dada a complexidade e heterogeneidade relativa ao processo de envelhecimento<sup>39</sup>.

Vale lembrar ainda que cada equipe interdisciplinar é única, por que diferentes são os seus propósitos, seu ambiente de trabalho, a relação entre abordagem e tratamento, a orientação primária da equipe, o número de participantes da equipe em termos de disciplinas representadas e o tamanho da equipe e as tendências políticas e ideológicas que freqüentemente influenciam estes fatores<sup>30</sup>.

## JUSTIFICATIVA

O rápido crescimento da população idosa, vai encontrar, especialmente, os países ditos “em desenvolvimento”, ainda sem uma preparação adequada para o montante de problemas relacionados ao expressivo aumento desta parcela populacional. Ao identificar o trabalho interdisciplinar como o mais pertinente ao atendimento daqueles acima de 60 anos, achei justificado o relato de uma experiência grupal neste sentido. A interdisciplinaridade é difícil de ser atingida uma vez que a ela não estamos habituados. Vamos encontrá-la de modo isolado em alguns ambientes universitários ou instituições particulares. Sabe-se de equipes, como as do Programa de Saúde da Família, que funcionam de forma multidisciplinar, porém sem ideal interdisciplinar. Por vivermos numa sociedade capitalista, onde o tempo é dinheiro, dispensar atenção maior a ações mais demoradas e ainda sem grande perspectivas de retorno financeiro, pode parecer insano. Urge, contudo, que critiquemos uma vez mais esse modelo econômico, que como fomentador da concorrência e do lucro monetário, persiste agindo como limitante de nossas ações enquanto seres viventes em comunidade. É preciso que percebamos que somos agentes de construção de uma sociedade em que o direito, especificamente a saúde, é igualitário. A adequada avaliação e intervenção neste sentido gera bem estar ao cliente e por conseguinte a nós, que em algum tempo também estaremos naquele papel. Cabe a nós aceitarmos esta função transformadora de nossa realidade, co-responsáveis que somos pelo progresso social.

Atuar de forma isolada com o idoso é empobrecer nossa capacidade de assistência. Atuar de forma integrada, uníssona, só faz enriquecer nossas ações para conseguirmos alcançar mais eficazmente nossos objetivos em prestar serviço. Ao se querer trabalhar com indivíduos não se deve mais se conformar apenas com a cura ou controle da doença. É importante ajudar a criar condições para que o outro possa atingir um estado de bem-estar global. Este objetivo é

impossível de ser atingido de forma unidisciplinar ou multidisciplinar não integrada, por que se vai continuar tratando apenas doença e disfunção, sem se fornecer suporte para um indivíduo que não é apenas um determinado órgão ou membro doente ou disfuncional, mas um ser holístico.

## **OBJETIVOS**

O objetivo desta monografia é de tentar contribuir para a formação de subsídio que no futuro possa ajudar a desenvolver trabalhos grupais mais eficazes para atuação com idosos, tendo como laboratório a implantação de um grupo multiprofissional, numa cidade de pequeno porte.

Através do relato histórico irá se tentar identificar as estratégias e limitações que ocorreram e relacioná-la a filosofia que permeou e norteou o trabalho durante o período observado.

## **METODOLOGIA**

Inicialmente convidei profissionais diversos na área de saúde e social, para propor-lhes a idéia de montar um grupo. Visando atingir uma atuação multiprofissional e interdisciplinar, busquei identificar qual a filosofia que o grupo específico desenvolvia enquanto tentava aprender a atuar interdisciplinarmente. Neste processo foram programadas estratégias e aproveitadas as estratégias históricas, observando-se o gradual efeito das mesmas na introjeção de uma filosofia grupal, na dependência das limitações existentes.

Para fundamentação teórica pesquisei diversas associações de termos na BIREME, usando as bases de dados MedLine e Lilacs encontrando referências para artigos. Utilizei termos relacionados à pratica de interdisciplinaridade em si



(aspecto conceitual), bem como aquela relacionada a grupos em gerontologia. Dentre os artigos apresentados selecionei apenas textos em português, inglês ou espanhol.

<b>Termos empregados (somente em ciências da saúde)</b>	<b>Base de Dados</b>	<b>Nº de referências encontradas</b>	<b>Nº de referências selecionadas</b>
Interdisciplinarity	MedLine – 1966- 1992	20	7
interdisciplinaridade	MedLine – 1993- 2004	8	6
Interdisciplinarity	MedLine – 1993- 2004	52	10
equipe interdisciplinar de saúde limitação: geriatria	LILACS	1	1
equipe interdisciplinar de saúde limitação: envelhecimento	LILACS	4	4
equipe interdisciplinar de saúde limitação: envelhecimento	MedLine – 1990-2003	14	3
equipe interdisciplinar de saúde limitação: idoso	LILACS	6	6
grupo e interdisciplinar limitações: humano, idoso, relato de caso	LILACS	8	1
grupo e interdisciplinar limitações: humano, idoso, relato de caso	MedLine – 1966- 1992	178	11
grupo e interdisciplinar limitações: humano, idoso, relato de caso	MedLine – 1993- 2004	325	4
grupo e interdisciplinar limitações: humano, idoso, literatura de revisão	LILACS	4	1
grupo e interdisciplinar limitações: humano, idoso, literatura de revisão	MedLine – 1966- 1992	35	4
grupo e interdisciplinar limitações: humano, idoso,	MedLine – 1993- 2004	291	9

literatura de revisão			
grupo e interdisciplinar limitações: humano, idoso	LILACS	6	1
interdisciplinaridade e grupos	LILACS	7	1
interdisciplinaridade Limitações: humano, idoso	MedLine – 1993-2004	1	1
interdisciplinaridade limitações: humano, literatura de revisão	LILACS	2	1
interdisciplinaridade limitações: humano, literatura de revisão	MedLine – 1993- 2004	1	1
interdisciplinaridade limitação: humano	LILACS	8	Zero
interdisciplinarity e groups	MedLine	7	Zero
interdisciplinarity limitações: humano	MedLine – 1993-2004	3	1
interdisciplinarity limitações: humano, literatura de revisão	LILACS	1	1
interdisciplinarity Limitações: humano, literatura de revisão	MedLine – 1966-1992	1	1
Interdisciplinarity Limitações: humano, literatura de revisão	MedLine – 1992-2004	8	1
interdisciplinary e group limitações: humano, idoso, literatura de revisão	MedLine – 1993- 2004	38	4
interdisciplinary e groups limitações: humano, idoso, literatura de revisão	MedLine – 1993- 2004	19	Zero
interdisciplinary e theory	LILACS	6	5
interdisciplinary e theory	MedLine – 1966- 1992	267	11
interdisciplinary e theory	MedLine – 1993- 2004	458	13
interdisciplinary groups e geriatric	PubMed (Medline)	14	14

teoria e interdisciplinar	LILACS	14	1
teoria e interdisciplinar	MedLine – 1966- 1992	112	Zero
teoria e interdisciplinar	MedLine – 1993- 2004	154	3
	<b>TOTAIS</b>	<b>2073</b>	<b>127</b>

Dentre os artigos encontrados, 16 estavam em duplicidade, sobrando então 111 (cento e onze). Foram conseguidos 39 artigos, através de cópias de revistas da BIREME, através da Internet ou por solicitação direta ao autor.

## RESULTADOS

### *O convite*

Para o dia 31 de maio de 2003 foi marcada a primeira reunião do grupo que naquele dia se formou. O único representante do sexo masculino era eu, médico. As demais participantes eram fisioterapeutas , duas; uma psicóloga; uma fonoaudióloga; uma enfermeira; uma nutricionista e uma estudante de serviço social. Pensei em ter no grupo algum profissional de terapia ocupacional, mas não foi possível pela inexistência na cidade.

Era evidente o olhar de curiosidade entre os convidados e uma certa expectativa pairava no ar. Indagava-me se estavam ali pela idéia de interdisciplinaridade, pela chance de se estar inserido em algum trabalho rentável ou por outro motivo qualquer. Começamos logo a discussão. Embora já tivesse alguma prática em coordenar reuniões, eu também estava ansioso. Via ali, a chance de realizar algo que desconhecia a proporção e muito menos o caminho, mas que desejava muito. Tinha a responsabilidade do condutor, sabia o lugar que queria chegar, mas não tinha o mapa. Planejava uma pauta que consistia na apresentação individual de cada um; investigar noção prévia a respeito de interdisciplinaridade; investigar experiência anterior na prática interdisciplinar e questionar sobre os motivos pessoais de se estar ali.

A discussão foi participativa, de maneira geral, permitindo que os elementos já demonstrassem suas características comportamentais. Características de qualquer grupo. Características humanas: paciência, tolerância, liderança, passividade, timidez, arrogância, humildade, sabedoria, desconfiança, disponibilidade, sensibilidade, imaturidade, afetividade.

Decidiu-se naquele dia que a ideologia do grupo seria embasada no aprendizado e no trabalho voluntário. O que viesse futuramente, ao futuro pertenceria e novas decisões seriam tomadas. Foi escolhido como objeto de estudo, o idoso abrigado no único asilo local: a Vila Vicentina, administrada há muitos anos pelos membros da Sociedade São Vicente de Paula. Esta instituição não recebe apenas pessoas idosas, mas também aqueles outros sem teto, abandonados, doentes psiquiátricos. Seriam examinados idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, com patologias diversas. O tempo de seguimento seria indeterminado.

E a interdisciplinaridade ? Conceitualmente muitos conseguiram defini-la. Especialmente as pessoas mais novas, uma vez que este tema já consta de seus currículos de graduação profissional. Para elas, atuar de forma interdisciplinar talvez tenha sido um atrativo, motivando-as a aderirem ao trabalho proposto. O meu desafio, contudo, seria, junto com o grupo, entender, aprender e vivenciar interdisciplinaridade, criando possibilidade de atuação desta forma. Dispunha-me a buscar literatura que me fornecesse direcionamento neste sentido. Contudo já era claro para mim, que antes de iniciarmos o trabalho com pacientes deveríamos trabalhar o “espírito de equipe” e discutir relacionamento em grupo, ou seja, semear idéias que favorecem o correto entrosamento entre os integrantes.

O grupo nasceu. Grupo cujos membros teriam dificuldades pessoais e interpessoais. Grupo composto por indivíduos com seus próprios sonhos e com

projetos de vida e objetivos diferentes. Conseguiria ser um grupo de amigos, trabalhando juntos ?

### ***A força que veio de fora***

Através da filha de um paciente conheci uma pessoa com larga experiência em gerontologia e com o trabalho em equipe. Ela soube do grupo e interessando-se pelo seu desenvolvimento, colocou-se a disposição para ajuda. Poucos dias após a primeira reunião marcamos um encontro e iniciamos algumas discussões sobre o que queríamos enquanto grupo, e percebemos que ainda não tínhamos isto definido, e muito menos que nível de aspirações podíamos ter. Nossa nova amiga trouxe idéias concretas ao grupo. Era preciso que soubéssemos quem é quem dentro do grupo e o que faz. Respeito e responsabilidade seriam características indispensáveis. Era necessário que formalizássemos o grupo, tornando-o real, não apenas para nós, mas para a comunidade. Que ele tivesse um nome. Que fosse oficial.

Nome gera vínculo, responsabilidade. Transmite a idéia. Que idéia ? Era preciso definir nossa filosofia – o que pensávamos, como agíamos, aonde que queríamos chegar. Nossa identidade ! Com ela poderíamos nos dispor até a uma atuação remunerada, se assim o quiséssemos. Novos estímulos assim surgiam. Os olhares entrecruzados, os risos esboçados, evidenciando surpresa, não deixavam de denotar o sentimento de pertença.

A sugestão para acrescentarmos ao grupo outros profissionais, como bioquímicos e odontólogos levou-me a convidar profissionais dessas áreas, e estes, como os anteriores, também se sentiram atraídos pela idéia, aceitando de pronto. O grupo crescia...em número. Era preciso ainda, para que não degenerasse, desenvolver ações que o mantivessem coeso, com objetivo.

### ***Começando a construção do trabalho grupal***

Nossa nova amiga, cunhada carinhosamente por madrinha, contribuiu para que nos orientássemos. A resolução foi priorizar para aquele momento alguns temas: (a) formalização do grupo; (b) filosofia do grupo e relacionamento grupal; e (c) identificação de grupos semelhantes.

Batizamo-nos como GAME – Grupo de Assistência Multiprofissional ao Envelhecimento. Nome ousado para nossa realidade, traduzindo seu objetivo amplo e inovador. A ousadia pressuporia estímulo à responsabilidade com o grupo, com aumento do vínculo com o mesmo, com sua idéia e com seus integrantes. Montou-se uma diretoria, com cargos diretivos e sociais. Dois papéis foram entendidos como imprescindíveis: coordenação e mediação. Como pai da idéia fui destinado ao primeiro cargo, sendo o segundo, ocupado pela psicóloga do grupo. Estipulamos contribuição mensal para despesas básicas.

A filosofia, difícil ainda de ser compreendida, uma vez que ainda não sentida, foi inicialmente confundida com objetivos do grupo. Ela estaria ainda submetida à própria filosofia de vida de cada integrante, desta forma então, percebeu-se que somente no futuro teríamos noção dela. Sua construção requereria verbalização das diversas “filosofias” pessoais, para que todos pudessem adequadamente administrar a satisfação das diversas tensões internas relativas ao grupo. Também envolvida nesta construção estaria a percepção de que na prática o “ser” profissional e o “ser” pessoal misturavam-se e completavam-se, dado este importante na vivência interdisciplinar. Surgia daí a necessidade de que cada profissional envolvido pudesse ser observado por seus colegas, quando estivesse atuando. Em outras palavras, conhecer o outro e conhecer a si mesmo (percebendo como a própria excelência e mediocridade interferem), seria imperativo para se formar uma filosofia grupal, sendo este processo facilitado pela própria experiência grupal.

Apesar das discussões sobre filosofia do grupo, os objetivos iniciais se mantiveram. Seríamos um grupo voltado para o aprendizado, avaliando idosos

da Vila Vicentina. Estaríamos imbuídos de ideal filantrópico, que nos induzia por enquanto a aceitar as limitações institucionais, bem como nossas próprias. Uma possível atividade remunerada, aconteceria a seu tempo. Enviamos assim, carta à diretoria da instituição Vila Vicentina de Boa Esperança, explicando e solicitando permissão para nosso trabalho junto a seus asilados. Não houveram objeções e nosso trabalho foi saudado como útil a instituição.

Foram encontradas poucas informações sobre grupos semelhantes aos nossos. Em geral menores, ligados a universidades ou Centros de Convivência. Não descobrimos naquele tempo nenhuma instituição que pudéssemos ir visitar ou ter como modelo. Estávamos sós...

Sabe-se que todo grupo se fortalece na medida em que as relações interpessoais entre seus membros se aprimoram, na medida que se unem com um objetivo comum, permeado por uma filosofia de existência e de trabalho comuns.

A seu tempo os participantes foram indagados sobre seus interesses para com o grupo, e se julgavam-se preparados para desenvolver o trabalho. Questionados sobre a possibilidade de chamar novos membros de uma mesma área posicionavam-se contra. Alguém diz:

- *“posteriormente pode acontecer, se o grupo desejar... e os que chegarem é que deverão se adaptar ao grupo !”*.

A inexperiência em trabalho grupal, associada ao desconhecimento do processo grupal, permitiu provavelmente que a maioria das pessoas, embora bem intencionadas, fizesse opção pelo grupo, ainda sem optar por um real engajamento. A heterogeneidade etária e de tempo de profissão dos integrantes do grupo, levou-me a inferir que isto justificasse fatos como ausências a reuniões, pouca participação e dedicação, bem como aparente desinteresse. O

olhar vago de alguns e o comportamento passivo de outros, diante de questões inerentes a construção filosófica do grupo, levaram-me a perceber diferentes graus de maturidade para o trabalho em andamento.

Como ainda começávamos o trabalho, preferi não ser tão rígido em minhas conclusões, abrindo o leque de justificativas, para as dificuldades pessoais que todos passamos, vez por outra, para as dificuldades interpessoais, ou mesmo por estarmos todos bem ocupados com nossos afazeres diários, profissionais ou não, prejudicando a dedicação ao grupo. A que idéia estariam então as pessoas se ligando ? O que fazer para estimular a coesão do grupo ?

### ***A primeira experiência***

Percebia-se claramente que as pessoas, já queriam mudar de fase, passando para a prática. Verbalizavam isto.

*- “acho que isso vai ajudar a gente a se ligar mais no trabalho... vai dar mais motivação.”*

Solicitei que se dirigissem a Vila Vicentina e examinassem o paciente **X**, e que anotassem o que julgassem necessário, para posterior discussão. A escolha do paciente **X** foi aleatória, não se submetendo a nenhum critério específico. Durante a discussão cada profissional expôs sua visão do caso. A história foi contada por um dos membros, sendo acrescida de detalhes por outros. Em seguida o exame clínico foi exposto. Notou-se a grande variedade de informações e possibilidade de intervenções sugeridas. Era evidente a angústia do grupo em não saber o que fazer, diante de tantas possibilidades. Foi comum alguns pontuarem que o melhor a se fazer pelo paciente deveria estar inicialmente nas mãos de outro profissional, que deveria atuar primeiro; alguns queixaram ausência de dados mais concretos, ausência de exames, etc. Assinalei que havíamos desenvolvido uma visão individual, multiprofissional, mas não interdisciplinar do paciente. Apresentei então um protocolo de



avaliação multidimensional, empregado pela equipe do professor Edgar Nunes de Moraes, no Centro de Referência do Idoso *Prof. Caio Benjamin Dias*, do Hospital das Clínicas da UFMG. Fiz esclarecimento de alguns pontos dele e sobre o objetivo de sua aplicação e percebi um alívio do grupo ao perceber um caminho. Solicitei que reaplicassem o protocolo no paciente examinado, estudássemos o próprio instrumento utilizado, para adaptá-lo a nossa realidade ou mesmo criar o nosso.

A nova discussão sobre o sr. **X** foi evidentemente mais tranqüila e objetiva. Interessante foi experimentar a convivência com o saber do outro, permitindo que o paciente fosse o objetivo principal do atendimento. Não houve disputa pelo diagnóstico e sim cumplicidade. A psicologia permitiu modificar a conclusão que se estava tirando ( o paciente era provavelmente portador de depressão em vez de demência vascular, como se estava supondo). Todos se colocaram, participaram e ajudaram a construir o diagnóstico e a conduta inicial. A consequência foi o surgimento natural da necessidade de uma discussão teórica sobre o diagnóstico principal do doente.

### ***O acaso. Acaso ?***

O grupo entrava em seu quarto mês de vida, com reuniões quinzenais, já com algum entrosamento e com algumas angústias, estas decorrentes, como já citado, pela dificuldade de engajamento de alguns membros.

Uma das colegas fora então convidada a participar do futuro quadro de funcionários de uma instituição pública em fase de implantação numa outra cidade, de maiores recursos que a nossa. Em seus contatos descobriu que a referida instituição teria verba para investimento em ações comunitárias. Tal informação veio acompanhada da afirmação de que o GAME pudesse ser um dos possíveis destinatários da verba. Isto modificou sua história.

Diante da novidade, o pensamento, inicialmente posto de lado, de ter algum nível de remuneração, com o trabalho que desenvolvíamos, levou-nos a refletir e discutir sobre dois pontos importantes: responsabilidade e engajamento.

Verbas, sabe-se, devem ser gastas responsabilmente, por grupos organizados. Urgia, portanto, que agilizássemos “nossos papéis”. Passamos a discutir e redigir nosso estatuto, avaliar formas de associação, registrar os documentos. Aprontávamo-nos oficialmente para o mundo. Alguns agiam acreditando na possibilidade da verba, mesmo que distante, e outros se mantinham céticos, porém juntos.

Provavelmente a possibilidade de remuneração permitiu que dificuldades interrelacionais viessem à tona, e dois membros do grupo, naquela época, resolveram não mais se integrar ao grupo. Suas justificativas basearam-se em problemas pessoais e mesmo em falta de identificação com a causa do grupo.

O efeito da satisfação oferecida pelo contato com o primeiro paciente e seu diagnóstico, com conseqüente realização de trabalho diferente parecia diminuir, uma vez que as horas disponíveis eram usadas em questões burocráticas, então necessárias. Nesse tempo, cansativo, uma vez mais o grupo foi chamado a reflexão. Eu criara um projeto, baseado em sonhos pessoais e o estava desenvolvendo. As pessoas que estavam ali, estavam pelo meu sonho ou pelos seus próprios ? Seriam capazes de fazerem do sonho de seu coordenador também seus próprios sonhos ?

Percebia-se claramente que o grupo estava desanimado; ausências, desinteresse e passividade, voltavam a rondar. Discuti com a moderadora e decidimos expor ao grupo nossa angústia. Nosso planejamento foi estimular, através de abordagem teórica do envelhecimento, a reflexão sobre o assunto conduzindo a uma auto-avaliação sobre se esta área contém atrativos profissionais para cada um isoladamente.

- *“bem, nunca trabalhei com idosos... nem nunca me imaginei fazendo isso... sempre me senti atraída por crianças... mas estou aqui.”*

A ausência de alguns membros em reuniões e a percepção de dificuldade de engajamento, passou a incomodar também a outros participantes do grupo. Imaginou-se que o estímulo ao aprendizado, sugerindo-se montagem de biblioteca e estabelecendo-se reuniões mais freqüentes, pudesse promover aderência no futuro. Diante da possibilidade de se receber verba, era preciso que nos organizássemos, para sermos merecedores dela. Via-se que a intimidade entre os membros começava a efetivar-se. Alguns sinalizavam estar com dificuldades emocionais, diante de problemas particulares, o que provavelmente interferia na dinâmica do grupo.

- *“olha gente, eu estou numa fase difícil... muitas coisas (...), e além disso sinto que não estou bem...”*

Outros, porém, já sinalizavam um ganho secundário com o trabalho em grupo, em suas vidas particulares:

- *“ o GAME modificou meu jeito de pensar algumas coisas da minha vida...”*

Aos pedidos de ajuda colocados, prontifiquei-me como amigo disponível e como coordenador; concluí que tinha que disponibilizar habilidades que possuía a disposição do grupo, para que o meu sonho pessoal pudesse se concretizar efetivamente e não se perder.

### **Lavras**

Esta cidade fica próxima a nossa, e foi sede entre 31 de outubro e 02 de novembro de 2003 da III Jornada de Geriatria e Gerontologia do CIAPE- Centro

Interdisciplinar de Assistência e Pesquisa em Envelhecimento. As atividades oferecidas no programa eram bem amplas. Organizamo-nos e apenas uma das pessoas não pode ir. Alojamo-nos numa pensão, participamos do evento, fizemos juntos refeições, desfrutamos de momentos de lazer. Na verdade sentimos o prazer de estar juntos. A vontade implícita era de dizer a todos que mesmo diante de dificuldades pessoais, se por acaso não pudessemos estar juntos, ainda poderíamos ser um grupo, se fôssemos capazes de preservar a união e o respeito. Este foi um momento de trégua, que forçosamente nos impulsionou. Percebi que outros começam a sonhar o meu sonho. Eu mesmo, num momento de euforia, conseguir visualizar, um projeto amplo de assistência ao envelhecimento, que posteriormente nomeei *Projeto GAME II*, em que gradualmente iríamos passando de níveis mais simples para os mais complexos de atenção ao idoso. Em sua apresentação inicial, o silêncio foi a resposta. Senti-me respeitado e fortalecido.

### ***Iris***

Este é um filme de Richard Eyre, de 2001, que trata sobre demência de Alzheimer. Conta a vida de Iris Murdock, escritora inglesa que sofreu deste mal. Assistimos todos juntos em casa, depois da apresentação do *Projeto GAME II*, em que expus de modo mais claro minhas idéias. Foi uma dupla cartada. Uma delas foi mexer com o imaginário, com o que se julga difícil de conseguir, com o sonho de cada um. O *Projeto GAME II* era o meu sonho, não necessariamente o de todos. O que cada um isoladamente ali estava com vontade de realizar ? Já haviam pensado nisto ? A idéia apresentada seria um objetivo a se conquistar ? A outra carta foi tocar o sentimento de todos através da comunicação visual, tentando levá-los a perceber alguma dificuldade pessoal em relação ao envelhecimento. Queria fazê-los refletir sobre sua vontade em aderir a projetos (qualquer que viesse a ser) que lidasse com idosos.

Lágrimas e silêncio, sinais da dificuldade em verbalizar emoções, precederam a decisão prática que surgiu: mostrar o GAME! Ou seja, assumir o trabalho na

Vila Vicentina e marcar reunião com sua diretoria para apresentação oficial do grupo. Era preciso agilizar o registro de nosso estatuto para que existíssemos de fato.

Posteriormente, voltamos a discutir o filme Iris. Tentava extrair do grupo o significado do filme para cada um, investigando sua percepção sobre envelhecimento e, como disse, sensibilizá-los ao trabalho com idosos.

- *“Em que o filme modificou ou pode modificar a nossa prática clínica ?”*

Identificou-se que existiam elementos do grupo com dificuldade em aceitar envelhecimento e morte, entendidos pelos outros como processo normal. Isto aconteceu sobretudo entre os membros mais jovens. Estimulou-se a compaixão e compreensão do idoso, bem como a necessidade de atenção ao próprio processo de envelhecer.

Para animar começamos a discutir um novo caso.

### ***Introspecção***

Sentia que estava sem tempo para dedicar-me com maior empenho as atividades que me propunha: acompanhar os pacientes e estudar. Ficou claro mais tarde que este sentimento não era só meu. Embora tudo parecesse calmo, dentro do ritmo que poderíamos imprimir, a sensação de que faltava alguma coisa era incômoda ( insatisfação !).

Diante do sentimento negativo, julgou-se melhor expô-lo ao grupo. Tentar reformular condutas, construir metas mais objetivas, estimular maior engajamento.

- *“O GAME ainda é um bico...”*

Chamou-se atenção para o fato de que o GAME não era uma prioridade, algo importante para todos, espaço onde se poderia crescer profissionalmente. Talvez fosse importante abirmos horários em nossas agendas para dedicarmos tempo na assistência aos idosos na vila. Assim fiz eu por algumas semanas, conseguindo obrigatoriamente comparecer ao asilo. A experiência de estar lá me permitiu ter algumas novas idéias que me auxiliaram no desenvolvimento do trabalho. E os outros ? O que poderia ser feito para que pudessem encarar o grupo de modo mais responsável e criativo ? Como eles se sentiam diante e dentro do grupo ? Que disponibilidade tinham ? As limitações pessoais, particulares, pareciam ser a causa das dificuldades !

Aguardávamos a criação da instituição que nos daria verba... Muitos já nem acreditavam mais. A frustração aumentava... Estávamos morrendo ?

#### ***“Decisões no contexto da terminalidade”***

Este foi o tema da palestrante Wilma da Costa Torres, na mesa redonda sobre Envelhecimento e morte, durante o XIII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, em junho de 2002. O texto, disponível no sítio da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, foi discutido entre nós.

Seu conteúdo ético permitia certa transferência para o papel do doente terminal ou da família, o que gerou, para alguns, reações de repúdio, como silêncio e, agressividade e para outros, aceitação e aproveitamento manifestos pela atitude participativa. Ficou evidente a heterogeneidade de maturidade também neste aspecto. Por vários encontros continuamos a leitura e discussão, enquanto procedíamos ao estudo do caso da terceira paciente.

O segundo paciente havia sido discutido com tranqüilidade e o retorno que ele, associado ao primeiro nos deram, no que se referia a melhora clínica e eficácia do nosso trabalho, nos deixava bem satisfeitos ( vaidosos ?). Tal não aconteceu com a terceira paciente. Era evidente que seu diagnóstico era confuso e que

estávamos produzindo pouco (angústia !). Não tivemos tempo de concluir sua avaliação. Ela faleceu, enquanto discutíamos sobre “terminalidade”.

Desenvolvemos uma frustração grande, percebendo que havíamos sido morosos em nossas ações, que poderíamos ter feito mais. Para nós foi um exemplo. Aprendemos com ela sobre a necessidade de passar informações, uma vez que alguns membros do grupo a tinham visitado e não comunicaram aos outros sobre a situação ruim que julgavam-na estar; aprendemos sobre elaborar angústia da perda; questionamo-nos sobre deixar para depois o que cada um se propõe; aprendemos sobre a necessidade de desenvolver maior percepção para casos agudos, mesmo entre idosos; e decidimos nos disponibilizar para o quadro de enfermagem da Vila Vicentina, para sermos contatados em casos de urgência dos pacientes por nós avaliados (compromisso!).

Precisávamos mudar! Mas, e as dificuldades que tínhamos ?

### ***Atividades didáticas***

Tentando novas fórmulas, planejei uma aula para o grupo, no ambiente da faculdade local, contando com recursos de data show. Sua elaboração foi minuciosa e busquei recheá-la com elementos que fossem atrativos. O resultado pareceu-me muito bom, pela quase total frequência dos elementos do grupo. Somente uma pessoa faltou, por motivo plenamente justificado. A idéia era mostrar que temos habilidades que desconhecemos, temos saberes acumulados e que podemos desenvolver novas capacidades, colocando tudo a serviço do grupo.

Estivemos também em Guapé, que é uma cidade próxima a nossa. Por ocasião da comemoração de seu aniversário um grupo desenvolveu atividades relativas à terceira idade. Fomos convidados a palestrar sobre envelhecimento para a comunidade. Na Igreja Matriz expusemos algumas idéias. Como o evento foi a

tarde, durante semana, poucos puderam comparecer. Conversando, percebemos que poderíamos abrir o leque para atividades diferentes da assistencial. Curso de cuidadores, palestras...

Soubemos que em alguns meses iniciaria um curso de pós graduação em gerontologia em Poços de Caldas, cidade que também situa-se próximo a nossa. Estimulei a todos que o fizessem, imaginando que um grupo bem instrumentalizado tem mais condições para ação.

### ***Dinheiro a vista!***

Fomos sondados sobre a possibilidade de desenvolvermos uma atenção grupal a determinado paciente em nossa comunidade, de forma particular. Curiosamente nem sabíamos como estipular um valor para nosso trabalho. A sensação de que nosso trabalho é caro, difícil, no momento atual, de ser remunerado como gostaríamos e portanto de ser desenvolvido de maneira privada, provavelmente nos fez pensar que ações de cunho social fossem mais viáveis. Decidimos assim, nos preparar melhor para a reunião com a diretoria da Vila Vicentina, visando informá-los sobre nossos progressos e tê-los como parceiros para formação do Conselho Municipal do Idoso.

Começávamos a ter novo impulso !

### ***Integração***

No mês de março a mediadora (psicóloga e vice-presidente) e eu (coordenador e presidente) aniversariamos. Foi com satisfação que fomos surpreendidos com uma festa em nossa homenagem. Estivemos juntos, a mais uma vez sentíamos a alegria de estar junto. Por que então surgiam dificuldades ao se trabalhar juntos? Talvez fosse por estarmos naquele momento diante de inúmeras coisas a fazer, de muitos projetos possíveis: estimular a construção do Conselho Municipal do Idoso (CMI), montar curso de cuidadores, melhorar o trabalho na Vila, além de nosso próprio aprimoramento profissional nesta área. Era preciso que focássemos a atenção. Decidimos pelo CMI.



### ***Estatuto do Idoso***

Para chegarmos ao Conselho, precisando da ajuda de parceiros interessados, era urgente que discutíssemos o Estatuto do Idoso, naquele tempo, recentemente em vigor. Discutimos diversos itens. Lemos em conjunto o teor do Estatuto do Idoso. Sua discussão revelou que meu empenho no trabalho do GAME e muito da falta de empenho de alguns colegas, talvez se devesse ao fato de eu estar fazendo curso de especialização em gerontologia, uma vez que minha compreensão e internalização de seu conteúdo era maior e mais facilmente atingida. Possivelmente minha visão sobre o problema fosse diferente da de muitos elementos do grupo, por eles desconhecerem muito da realidade e da extensão do trabalho com idosos. Estava ciente do trabalho em ser agente de cobrança de atitudes do grupo, contudo cabia também a mim compreender a dificuldade de todos. Seu reincidente desânimo, poderia ser interpretado como uma reação diante da percepção da amplitude do trabalho a ser feito, querendo significar sua sensação de impotência e incapacidade, provavelmente por sua falta de capacitação na área. Talvez a inconsciente e repetida atitude externa de desânimo, quisesse dizer que seria mais fácil ficar restrito ao trabalho na abrangência do campo de ação profissional de cada um.

- *“Estou sentindo falta de estar atender na Vila...”*

Construir a ação interdisciplinar, multiprofissional na atenção ao idoso passa pela vontade de nos libertarmos da posição cômoda de sermos profissionais solitários, isolados de um contexto mais amplo. Sem essa vontade não nos tornamos capazes de atuar de forma global, gerontológica.

Ao estudar o Estatuto do Idoso, tivemos dúvidas e marcamos uma reunião com o Juiz e o Promotor. O último, na data aprazada, não pode comparecer, mas o contato com Dr. Ricardo Acayaba Vieira, M.M. Juiz de Direito da Comarca de Boa Esperança, foi sem dúvida bastante útil uma vez que, por um lado estávamos sanando dúvidas, demonstrando nosso interesse profissional no

assunto, e por outro, estávamos nos apresentando a uma autoridade que poderia estar futuramente ajudando-nos a viabilizar o objetivo de formar o CMI.

Aproximando-nos cada vez mais da comunidade, ia ficando maior nossa responsabilidade para com ela.

### ***Definindo um rumo***

As crises de desinteresse continuavam. Ausências a reuniões. Dificuldade de engajamento. Continuamos avaliando mais alguns doentes asilados, mas a produtividade neste aspecto caía.

Alguns membros tiveram mais dificuldades de ordem pessoal, afastando-os da ação. Estávamos sem rumo. Chegavam notícias de possíveis verbas, no futuro, para ajuda ao trabalho do grupo, mas a impressão era de que a maioria não acreditava mais nisto.

Evidenciaram que meu maior engajamento se devia a minha condição particular de vida, no entender delas, favorável a outros investimentos. Perceberam minha decepção e tentaram modificar-se.

Enquanto isto, diante de exigências legais, novos profissionais, atuando isoladamente começaram a trabalhar na Vila Vicentina. Isto contribuiu para nosso afastamento, uma vez que intimamente era essa a nossa vontade. Estávamos porém conscientes de que a deficiente estrutura econômica da instituição não permitiria tais despesas. Houve deslocamento de profissionais do serviço público para atuarem junto aos idosos. Víamos que alguns desenvolviam boas ações, mas não de modo integrado.

Nesse ponto, nossa “madrinha” entra em contato e interessando-se pelo andamento do trabalho. Sua experiência na área permite que tenha idéias de ação na comunidade (seminários, curso de cuidadores...) que possam reverter

em ânimo para o grupo. Insiste na capacitação individual e capta nosso desejo de trabalharmos juntos num modelo de atenção ao idoso que nos permita, ao lado de ações de ordem social, termos renda suficiente para nos dar condições de reestruturamos nossas práticas profissionais diárias, podendo redirecionar nosso trabalho para a real conduta interdisciplinar.

Tivemos notícia de um trabalho com idosos sendo desenvolvido em Itapecerica, outra cidade próxima e programamos visita para conhecê-lo.

Soubemos de um curso de cuidadores a ser ministrado em Varginha e fizemos inscrições. O curso não aconteceu, mas muitos ficaram estimulados.

A impressão era de que rumávamos realmente para a ação social maior, deixando de lado, dadas as dificuldades, a ação limitada junto aos idosos asilados.

### ***Vila Vicentina***

Diante da diretoria, provavelmente por estarmos vaidosos de nosso saber, percebemos que o grupo ao qual nos dirigíamos estava mais bem preparado do que supúnhamos. Envolvidos com a questão dos idosos há anos, já tinham inclusive feito curso de cuidadores. Estavam cientes das dificuldades futuras, diante de exigências do Estatuto do Idoso e já estavam buscando recursos para se adequarem.

A parceria com este grupo, para formação do CMI estava pronta, mas deixaram que nós tomássemos as providências necessárias.

### ***Reavaliação***

Mudar era preciso, mas de maneira consciente e clara. Até então navegáramos nas águas que escolhemos, as mais tranquilas. Já se fazia necessário que enfrentássemos mares mais bravios. Nem todos puderam ou aprenderam a

estar junto, no mesmo barco. Mas era preciso que continuássemos, para que o esforço até então realizado não tivesse sido em vão.

No dia 10 de julho de 2004, marco final que estipulei para minha observação, fizemos uma reunião de reavaliação, quando também existiram faltosos. Foi feita dinâmica adequada para estímulo do trabalho em equipe, para posicionamentos diante do trabalho e para se definirem objetivos.

Reconheci que minha vontade em praticar a interdisciplinaridade, entendida como ação em que todos estão no mesmo nível, prejudicou minha visão de coordenação. A autoridade não se fez como deveria, e as pessoas tiveram dificuldade em se nortearem, por ainda não estarem capacitadas e por isto não compreendendo bem o trabalho.

Novos tempos virão para o GAME, onde as lições aprendidas serão aplicadas.

## **DISCUSSÃO**

O saber interdisciplinar, seu desenvolvimento, sua construção sendo algo novo para mim, necessitava de referenciais teóricos, mas como o acesso a literatura teve que ser gradual, optei por observar e construir empiricamente o grupo que formamos. Tomei por base, porém, minha experiência anterior na liderança de outros grupos e em algum pouco conhecimento técnico que previamente tinha a respeito de “grupos”. Não pude seguir um modelo, contudo isto me permitiu fazer comparações entre o que já existe construído a respeito e o trabalho que foi desenvolvido. Além disso, importar padrões poderia não ser adequado ao grupo em questão.

Analisando o período observado, que ocorreu entre 31 de maio de 2003 e 10 de julho de 2004, recordo os dois pilares que foram considerados como metas

iniciais do grupo: o aprendizado e a filantropia. Esta última, representada pelo trabalho social, mostrou ser a destinação filosófica deste grupo, permitindo a expressão da capacidade do mesmo enquanto agrupamento de individualidades.

As estratégias empregadas foram desenvolvidas a partir da necessidade que se percebia emergir do grupo (estratégias programadas). Aconteceram também estratégias, que denomino históricas, que surgiram de maneira inesperada, pelo simples fato do grupo existir. Elas também foram importantes e cumpriram seu papel influenciador.

Divido as estratégias que aconteceram, em quatro grupos, que em seu bojo, permitiram ir se construindo gradativamente a filosofia do grupo. Ela foi acontecendo na intimidade, no dia-a-dia, durante esse período, e com certeza ainda não se completou.

Considero incluídas no primeiro grupo, que denomino, *trabalho grupal propriamente dito*, as estratégias “O convite”, “A força que veio de fora”, “Começando a construção do trabalho grupal”, “Iris”, “Introspecção”, “Decisões no contexto da terminalidade” e “Reavaliação”.

O segundo grupo chamo de *prática*, e nele se encontram as estratégias “A primeira experiência”, “Atividades didáticas”, “Estatuto do Idoso”, “Definindo um rumo” e “Vila Vicentina”. O terceiro, *dinheiro*, é composto por “O Acaso. Acaso?” e “Dinheiro a vista”; e o quarto, *lazer integrativo*, por “Lavras” e “Integração”.

As estratégias do primeiro grupo permitiram que as pessoas se conhecessem umas as outras, percebessem seus limites, ampliassem sua capacidade de aceitação do outro e sentissem a dinâmica de um grupo. Diante das dificuldades, visando não permitir o desaparecimento do grupo, adaptaram-se, cumpriram papéis alheios, reagiram, questionaram e incentivaram. Tais

estratégias foram responsáveis por estímulos às estratégias práticas. Por outro lado, também foram elas que conduziram o grupo para dentro de si, permitindo escolhas, revisão da identificação com o trabalho proposto e decisão pela “filosofia sócio-filantrópica” de atuação.

Já as estratégias *práticas* conduziram o grupo na identificação dos diversos campos de atuação possíveis dentro de sua realidade. Nos momentos de crise elas acenaram como “o novo”, a situação que podia dar certo, como a nova opção. As estratégias *dinheiro*, aparentemente sedutoras, foram na verdade estímulos eficazes, inicialmente à formalização do grupo, imprescindível para sua existência e atuação, e depois favorecendo a escolha pela ação social. Por fim, as estratégias *lazer integrativo*, permitiram que o grupo diante de suas próprias tensões tivesse tréguas para descontração e integração, regenerando-se, reafirmando o querer estar junto apesar das dificuldades.

Existiram alguns momentos durante o período observado em que surgiu o incômodo de perceber dificuldades internas no trabalho – *momentos de desânimo*. Acredito que tenham sido verdadeiros momentos de recolhimento do grupo, de introjeção, onde ele, enquanto estrutura de aglomeração de diferentes e palco de expressão das diversidades, foi capaz de conter as emoções emergentes, esforçando-se para administrá-las. Alguns *momentos de desânimo* foram importantes. O primeiro se deu após a estratégia programada “Começando a construção do trabalho grupal”. Provavelmente a responsabilidade relacionada à criação oficial do grupo tenha gerado medo diante do compromisso a que cada um se propunha com o outro, seu colega, co-responsável pelo sucesso da empreita.

O segundo *momento de desânimo* ocorreu após a estratégia histórica “O acaso. Acaso ?” quando recém saídos de um momento de satisfação com o êxito obtido nos casos de pacientes avaliados, se viram diante de reuniões burocráticas para adequada formalização do grupo, com as quais não estavam habituados. Estar

fazendo algo muito diferente e monótono, após ter feito algo bastante prazeroso, permitiu evasão física e desinteresse, em outras palavras: não participação. As justificativas para o comportamento foram problemas de ordem pessoal.

As estratégias programadas “Íris” e “Introspecção” levaram a reflexão individual sobre a real identificação com o trabalho com idosos, seu significado para si mesmos, e reflexão sobre seu próprio envelhecimento. Culminaram, assim, num *momento de desânimo* dos mais úteis a construção da filosofia do grupo, por que a reflexão a respeito já conduzia a adesão ao trabalho. Logo em seguida, persistindo *desanimados*, diante do falecimento da terceira paciente, e discutindo “As decisões no contexto da terminalidade” puderam perceber suas próprias dificuldades em atuar de forma interdisciplinar, objetivo primeiro do grupo, uma vez que frustrados pelo seu desempenho que ficara a desejar, viram-se diante do grande compromisso a que se propunham: assistência integral e multiprofissional ao envelhecimento.

Após a estratégia histórica “Dinheiro a vista !”, houve a conseqüente decisão de se ligar à atuação em envelhecimento dentro de um contexto social, visto que a atuação privada se mostrava improvável. Seria muito dispendioso para alguém contratar uma equipe que atuasse junto ao paciente, da forma como fizemos com os pacientes avaliados na Vila Vicentina. Desejávamos trabalhar e ser remunerados adequadamente por nosso modelo diferenciado de ação. Percebemo-nos financeiramente inviáveis para nossa cidade, diante de seu perfil sócio-econômico. Diga-se de passagem que este foi um ponto decisivo para a atual filosofia do grupo, uma vez que já começávamos a afastar do pensamento a possibilidade de atuação privada. Em seguida, ao se estudar e discutir o “Estatuto do Idoso”, nova onda de *desânimo* surgiu. Provavelmente a percepção de que também o trabalho a nível comunitário seja difícil, exigindo grande esforço e desgaste para sua viabilização, tenha contribuído para o rebaixamento do estado de ânimo das pessoas. Este mergulho conduziu o grupo

a situação de estar “Definindo um rumo”, ponto em que a esperada filosofia grupal começa a tomar mais forma.

As estratégias históricas, na verdade fatos da vida do grupo, “A força que veio de fora”, “O acaso. Acaso ?”, “Dinheiro a vista!” e “Definindo um rumo” agiram forçando o grupo a se posicionar, tomar uma atitude diante da realidade que se impunha. As escolhas que fez levaram gradualmente à opção final pelo trabalho social. A estratégia histórica “Integração” partiu do próprio grupo e pode ser interpretada, como um sinal de satisfação com a direção que vinha sendo tomada até então pela coordenação.

As demais estratégias que foram programadas atuaram num momento específico objetivando extrair idéias do grupo, reorientar e sugerir comportamentos, buscar definições, bem como levar a uma contenção das tensões percebidas, para se atingir os objetivos propostos.

Como citado, o grupo, em sua fundação determinou dois pilares: aprendizado e filantropia. Dentro do período de observação vimos o grupo gradativamente, e por motivações próprias, ir optando por exercer alguma forma de trabalho social. Identifico esta como a “filosofia” que grupo conseguiu atingir nesse período. Penso que esta escolha tenha sido conseqüência do reconhecimento pessoal de limitações, num processo de autocrítica reveladora da real posição profissional e enquanto ser humano, no âmbito da ação isolada e no da ação grupal (pretendida interdisciplinar).

Dentre as limitações identifico:

- a própria heterogeneidade do grupo, traduzida em diferentes tempos de atuação profissional; diferentes faixas etárias; diferentes estados civis; diferentes composições familiares... levando a graus diversos de amadurecimento, de modo geral e específico;



- dificuldade em identificação com o objetivo proposto, talvez relacionado a heterogeneidade descrita, demonstrada pela diversidade de interação e integração, a nível de trabalho, com ele mesmo e com os colegas;
- falta de capacitação na área (gerontologia) que dificulta a compreensão e visualização da amplitude da proposta feita.

Ao se perceberem limitados os indivíduos devem ter se visto obrigados a escolher entre aprendizado e filantropia. Perceberam ser difícil executar qualquer uma das escolhas. O aprendizado requereria investimento financeiro em capacitação, muitas vezes difícil de ser conseguido naquele tempo. Além disso pressupunha uma maturidade profissional suficiente para gerar independência, capaz de permitir novas escolhas de atuação, e aceitação de novos desafios. A filantropia, por sua vez, se viu mais exeqüível, uma vez que iria contar com recursos externos, no sentido material, e com habilidades humanas, já adquiridas, enquanto recursos internos.

Outro ponto de análise pode, contudo, ser estabelecido. Butterill, gerente de programa canadense, associado a psiquiatras publicou em 1992 <sup>14</sup>, um trabalho ressaltando que muitas vezes a falta de sucesso no tratamento de um paciente se deve ao sistema em si. A correta forma organizacional, junto com os conceitos de transferência e contratransferência quando adequadamente aplicados podem permitir aos membros de uma equipe interdisciplinar enxergar os problemas a partir de dois pontos de vista (paciente e grupo) e intervirem apropriadamente em cada nível. Dependendo da estrutura organizacional um determinado grupo interdisciplinar irá sofrer determinadas influências relativas a própria organização do sistema – se dentro de um hospital, por exemplo, a conduta administrativa da instituição irá contaminar a resposta do grupo. Identificam-se também, na dinâmica grupal, a influência do poder de determinados componentes de uma equipe, determinando desta forma a ação final. O poder será considerado legitimado, quando designado pelo sistema; poderá ser carismático, quando relacionado às características da pessoa; ou

acontecerá em conseqüência do “saber” que determinado membro possui. O desempenho final do grupo estará, desta forma, em consonância, com a interação relacional entre os participantes e relacionado a sua capacidade de perceber o processo como um todo, consideradas suas ações isoladas e em conjunto.

No entendimento das dificuldades básicas de um grupo, um aspecto importante no desenvolvimento do trabalho é a sua capacidade de comunicação. Em geral as decisões são consensuais e para isto se requer a participação imparcial de todos os membros. Processos grupais que funcionam mal, conduzem a problemas de comunicação, quando indivíduos estarão distorcendo ou segurando informações. Destaca-se também, para o sucesso do trabalho, o reconhecimento pessoal do limite de ação de cada membro. O conceito de autonomia permite que determinado profissional exerça seu papel adequadamente, porém se ele invade o domínio do outro, ou mesmo se permanece excessivamente rígido a seus limites, estará prejudicando a flexibilidade do grupo, importante característica do trabalho interdisciplinar <sup>14</sup>.

Corroborando estas idéias, podemos lembrar Bion, citado por Woolcott<sup>1</sup> que explica que o trabalho interdisciplinar envolve três componentes: (1) os componentes profissionais, (2) os componentes organizacionais e o próprio (3) trabalho de grupo, sendo que este último é conseqüência da interação adequada dos dois primeiros. Neste processo cabe aos componentes desenvolverem a internalização do trabalho interdisciplinar, o que quer dizer, fazerem identificações seletivas com as perspectivas de outras disciplinas. Na medida em que tal acontece, o indivíduo realiza uma modificação de sua estrutura intrapsíquica, envolvendo aspectos emocionais e cognitivos, tornando mais rico o seu mundo psíquico. Isto contudo leva tempo, requer compromisso e nem sempre acontece de modo tranqüilo. A razão disso reside, segundo Bion, no que ele chama de “grupos de crenças básicas”. Ele estabelece que um grupo de trabalho, é inicialmente um conjunto de pessoas influenciado por suas crenças

básicas – um “grupo de crenças básicas”. Na medida que interagem vão se transformando em um “grupo de trabalho”; contudo nenhuma das formas sobrevive por longo tempo, uma vez que o grupo de trabalho será sempre influenciado pelas crenças individuais, dinâmicas, de seus componentes. Surge sempre um comportamento semelhante nestes “grupos de crenças básicas”, onde padrões primitivos estão sempre surgindo: dependência, luta e fuga, pareamento. Ocorre assim, ênfase em atitudes impulsivas e passionais, mais do que considerações cautelosas e atitudes questionadoras; pensamentos vagos, clichês e generalizações, mais do que um trabalho intelectual orientado para a realidade; e, uma dificuldade em se lembrar e aprender com a experiência grupal, mais do que desenvolver uma integração de idéias, num esforço colaborativo. As crenças básicas estarão sempre aflorando em situações diversas, em especial quando a liderança e os objetivos não são claros, ou quando os participantes não estão envolvidos com problemas específico em estudo.

Diante do exposto as dificuldades e limitações do GAME também poderiam ser entendidas como inerentes a presente estrutura do próprio grupo. São problemas comuns em grupos<sup>14</sup>: confusões com “responsabilidade”, liderança fraca, falhas na comunicação, violação de limites. De fato reconheceram-se diferentes níveis de engajamento com o trabalho. O estímulo à responsabilidade não se fez, talvez em virtude da estratégia errada de liderança. A postura de líder e observador não pode ser bem executada, confundindo-se ambas e não permitindo uma clareza ideal das situações por que passamos. A comunicação foi fraca, no grupo como um todo, embora tenha existido diretamente com o líder, por alguns dos membros, porém sem levar a uma mudança geral. Quanto aos limites profissionais e pessoais, eles não foram transpostos, e muitas vezes, nem foram adequadamente expostos, gerando ao seu turno, falhas na comunicação. Com certeza as limitações expostas acima estão igualmente envolvidas no produto final que é o próprio grupo. Por ser um grupo ainda em formação, preservando características da multiprofissionalidade, o GAME tem

seu desempenho ainda aquém de sua capacidade, cujo desenvolvimento estará na dependência do esforço, integração, direcionamento e superação de dificuldades.

## **CONCLUSÃO**

Nos ensina Marilena Chaui<sup>40</sup> que quando se diz “esta é minha filosofia” ou “isso é filosofia de fulana” enganamo-nos ao considerar por filosofia um conjunto de idéias mais ou menos coerentes a respeito de coisas e pessoas. Trata-se aí de apenas um “eu acho” coerente. As expressões citadas, ela prossegue, não são de todo incorretas, pois nelas se percebe, “ainda que confusamente, que há uma característica nas idéias e nos princípios, que nos leva a dizer que são uma filosofia: a coerência, as relações entre as idéias e entre os princípios”. Baseando-me nesta coerência e lógica que regulam a Filosofia, é que destaco neste trabalho a construção da “filosofia do grupo”. Quero dizer, não a identifico apenas como um método lógico de trabalho, para o qual elegeria um rol de estratégias, aplicando-as e aguardando o resultado. Acredito ser muito importante optar-se por um trabalho coerente com o pensar desenvolvido pelo grupo, forçado pela relação e interação entre capacidades individuais. Seu produto, único, é que deve constituir a base de ligação, direcionamento e atuação do mesmo. Assim, a “filosofia do grupo” deve ser descoberta e assimilada pelos seus membros, unindo os parceiros de ideal e impregnando sua produção e desenvolvimento de idéias. Há que se ressaltar que no trabalho com idosos, o esforço deve ser aplicado na criação de um pensar que seja coerente e paralelo ao ideal gerontológico interdisciplinar corrente.

A primeira escolha pela “filantropia”, não exclui de forma alguma, o desenvolvimento do “aprendizado”, que a seu tempo chegará, uma vez vencidas ou minimizadas as limitações encontradas. Enquanto este texto é escrito, concluo que a hipótese desta escolha pelo agir social seja verdadeira, uma vez

que poucos meses após o término da observação, o GAME ajudou a fundar em nossa cidade seu primeiro Clube de Idosos, que em funcionamento, já tem modificado as idéias a respeito de envelhecimento na comunidade. Esta ação, fruto de um trabalho conjunto, provavelmente é o primeiro passo para algo maior, uma vez que idéias sobre a criação de um Centro de Convivência, já começam a circular no grupo.

Penso ainda, que na construção da ação grupal o desenvolvimento da amizade seja de real importância para fortalecimento de qualquer trabalho, uma vez que com ela se passará por cima da heterogeneidade existente, permitindo, através da afetividade, que as pessoas mantenham-se agrupadas, compreendendo e aceitando suas diferenças. As diferenças, na verdade, nossas marcas, nossas identidades, é que compõem um grupo. Uma vez reunidas, bem direcionadas iram compor a virtude, a excelência de todo e qualquer grupo – sua filosofia.

\*\*\*\*\*

Uma vez que optei por deixar o grupo escolher por si só o caminho a tomar, as estratégias usadas ou que aconteceram não foram suficientes para atingir-se o ideal final que seria o trabalho interdisciplinar. Percebo que para se obter sucesso na construção de uma equipe com este enfoque mais estratégias devem ser utilizadas.

É próprio do ser humano usar de seu conhecimento prévio para interpretar, inferir, discutir, atuar diante de novas situações. Isto pode ser bom para o indivíduo, mas pode levar a confusão num processo de aprendizagem. Podem acontecer “falhas” no conhecimento prévio e nas atitudes e habilidades desenvolvidas; pode haver “confusão” na construção de conceitos ou mesmo “erros”, que vão levar a um conhecimento que não é verdadeiro, gerando atitudes que não são apropriadas ou habilidades que não são eficazes. Para tanto, é necessário que na construção de uma equipe sejam utilizadas

estratégias que ajudem as pessoas a integrar novos conceitos, aos já existentes; diferenciar conceitos confusos e mudar conceitos errados. Seriam elas aulas breves, materiais para leitura, filmes, demonstrações, experimentos, exercícios baseados em solução de problemas, discussões, debates, reflexões<sup>17</sup>.

\*\*\*\*\*

Vale finalmente lembrar as palavras de Rosenfield <sup>16</sup> ao citar que prêmios e honorarias são acumulados por aqueles que se aprofundaram em questões básicas, em seus próprios campos; contudo para aqueles que se aprofundam além de suas disciplinas, desenvolvendo trabalho interdisciplinar, o prêmio é a “satisfação em contribuir diretamente para a solução de problemas reais do mundo, compilando conhecimentos, melhorando o bem-estar humano e desenvolvendo novas maneiras de pensar e analisar a condição humana, iluminando sua compreensão”.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. WOOLLCOTT, P. Interdisciplinarity. **Bull Menninger Clin**, 43(2):161-70, 1979.
2. CHASE, S; WRIGHT, JH; RAGADE, R. Decision making in an interdisciplinary team. **Behav Sci**, 26(3):206-15, 1981.
3. VIDAL, C. El desarrollo de recursos humanos en las Américas. Primera parte. **Educ Med Salud**, 18(1):9-33, 1984.
4. PALMER, S; CONN, L; SIEBENS, AA et al. Psychosocial services in rehabilitation medicine: an interdisciplinary approach. **Arch Phys Med Rehabil**, 66(10):690-2, 1985.
5. WINOGRAD, CH; GERETY, MG; BROWN, E et al. Targeting the hospitalized elderly for geriatric consultation. **Journal of American Geriatric Society**, 36: 1113-19, 1988.

6. MARIANO, C. The case for interdisciplinary collaboration. **Nurs Outlook**, 37(6):285-8, 1989.
7. GOLIGHTLY, S. A team approach to home care. **Nurs Times**, 85(14):37-40, 1989.
8. OUSLANDER, JG. The hazards of multidisciplinary care. **J Am Geriatr Soc**, 38(5):608, 1990.
9. RABELLO, ES; LIMA, MGO; GONÇALVES, LHT. A enfermagem no grupo interdisciplinar de gerontologia. **Rev Gauch Enferm** ,11(2):47-51, 1990.
10. SOBRAL, DT. A interdisciplinaridade no ensino médico: três aspectos de análise. **Educ Med Salud** , 24(4):379-88, 1990.
11. FLAX, HJ. Geriatric rehabilitation. **Bol Asoc Méd P R** , 82(1):28-31, 1990.
12. CARDOSO, V; GONÇALVES, LHT; FREITAS, MLS et al. O Grupo interdisciplinar de gerontologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e suas funções. **Arquivos Catarinenses de Medicina** , 19 (3): 225-9, 1990.
13. GOUVEIA, WA; BUNGAY, KM; MASSARO, FJ et al. Paradigm for the management of patient outcomes. **Am J Hosp Pharm** , 48(9):1912-6, 1991.
14. BUTTERILL, D; O'HANLON, J; BOOK, H. When the system is the problem, don't blame the patient: problems inherent in the interdisciplinary inpatient team. **Can J Psychiatry** , 37(3):168-72, 1992.
15. ORTIZ, E; RODRIGUEZ, MV. Consideraciones en Torno a la Interdisciplinariedad: Teoría y Práctica. **P R Health Sci J**, 11(2):99-103, 1992.
16. ROSENFELD, PL. The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences. **Soc Sci Med**, 35(11):1343-57, 1992.
17. HEWSON, M; MISCHLER, E; TUTHILL, P et al. Comprehensive team care. **MCN Am J Matern Child Nurs** , 18(4):198-205, 1993.
18. GOMES, R; DESLANDES, SF. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Rev Lat Am Enfermagem**, 2(2):103-14, 1994.

19. SILVER, KHC; SIEBENS, AA. Rehabilitation Medicine. **Surgical Clinics of North America**, 74(2): 465-88,1994.
20. FELTES, M; WETLE, T; CLEMENS, E et al. Case managers and physicians: communication and perceived problems. **J Am Geriatr Soc**, 42(1):5-10, 1994.
21. WILLIAMS, LS; LOWENTHAL, DT. Clinical problem-solving in geriatric medicine: obstacles to rehabilitation. **J Am Geriatr Soc**, 43(2):179-83, 1995.
22. SLETVOLD, O; TILVIS, R; JONSSON, A et al. Geriatric work-up in the Nordic countries. The Nordic approach to comprehensive geriatric assessment. **Dan Med Bull** , 43(4):350-9, 1996.
23. LARSON, JR; CHRISTENSEN, C; FRANZ, TM et al. Diagnosing groups: the pooling, management, and impact of shared and unshared case information in team-based medical decision making. **J Pers Soc Psychol**, 75(1):93-108, 1998.
24. PEREIRA, JS; PEREIRA, ALF. Envelhecimento: um desafio multidisciplinar. **Neurobiologia**, 61 (1):9-16, 1998.
25. BOULT, C; BOULT, L; PACALA, JT. Systems of care for older populations of the future. **J Am Geriatr Soc**, 46(4):499-505, 1998.
26. CLEMMER, TP; SPUHLER, VJ; BERWICK, DM et al. Cooperation: the foundation of improvement. **Ann Intern Med**, 128(12 Pt 1):1004-9, 1998.
27. FULMER, T; ABRAHAM, IL. Rethinking geriatric nursing. **Geriatric Nursing**, 33 (3): 387-95,1998.
28. ROCHA, SM; ALMEIDA, MC. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev Lat Am Enfermagem**, 8(6):96-101, 2000.
29. SANTOS, OM; SIEBERT, ERC. The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. **Int J Gynaecol Obstet**, 75 (Suppl 1):S73-9, 2001.
30. DOUGLASS, C. The development and evolution of geriatric assessment teams over the past 25 years: a cross-cultural comparison of the US and the UK. **J. Interprof Care**, 15(3):267-80, 2001.



31. PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, 35(1):103-9, 2001.
32. MAZON, L; TREVIZAN, MA. Fecundando o processo da interdisciplinaridade na iniciação científica. **Rev Lat Am Enfermagem**, 9(4):83-7, 2001.
33. CAMACHO, ACLF. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. **Rev Lat Am Enfermagem**, 10(2):229-33, 2002.
34. WILLIAMS, BC; REMINGTON, T; FOULK, M. Teaching Interdisciplinary geriatrics team care. **Academic Medicine**, 77 (9): 935, 2002.
35. BOTTINO, CMC; CARVALHO, IAM; ALVAREZ, AMMA et al. Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer – relato de trabalho em equipe multidisciplinar. **Arq Neuropsiquiatr**, 60 (1):70-9, 2002.
36. NUNES, ED. Interdisciplinaridade: conjugar saberes. **Saúde em debate**, 26(62):249-258, 2002.
37. HAIGH, F. Human rights approach to health. **Croat Med J**, 43(2):166-9, 2002.
38. SCHUMMER, J. Chemical versus biological explanations: interdisciplinarity and reductionism in the 19th century life sciences. **Ann N Y Acad Sci**, 988:269-81, 2003.
39. WIELAND, D; HIRTH, V. Comprehensive geriatric assessment. **Cancer Control**, 10(6):454-62, 2003.
40. CHAUI, M. Introdução – Para que filosofia ? In: CHAUI, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Editora Ática, 2001. pg.15.

## ÚLTIMAS PALAVRAS

O GAME surgiu como a nascente de um rio no alto de uma serra, certamente a da Boa Esperança. Veio como fruto de uma vontade, gerando um sonho, proporcionando uma ação criativa.

Sua existência por si só, sem que se considere aonde ela nos levará, já nos trouxe sua marca transformadora. Modificou nosso pensar, nosso agir, nosso comunicar, nosso trabalhar. Modificou nossa estrutura, despertou ideais, despertou a vida em latência. Mexeu e bagunçou. E não achamos ruim.

Transformou também nossa cidade, e vemos isto na alegria dos nossos velhos que ora freqüentam o Clube de Idosos “Flores da Serra”, trazendo a eles motivação, alegria, encontros. Eles também não acharam ruim.

Descobrimos que somos capazes de ser mais do que projetamos para nós mesmos; descobrimos que somos capazes de desenvolver habilidades úteis a nós e às pessoas. Descobrimos que podemos ser maiores e melhores, aumentando nossa excelência e superando nossa mediocridade, desenvolvendo e perseguindo sonhos. Isto também não achamos ruim.

Nada foi ruim, por que soubemos aproveitar as dificuldades, vencer as angústias, aprender com o novo. Ganhamos muito, todos nós. Fomos além do enorme prazer em realizar este trabalho, permitimo-nos conviver, construir e acima de tudo servir.

## **CONTATO**

[jadersandrade@yahoo.com.br](mailto:jadersandrade@yahoo.com.br)