
Artigo Científico

Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz

Health teamwork: limits and possibilities of efficient performance

Márcia Cristina Gomes de Pinho

Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Resumo

Neste artigo problematiza-se a questão da eficácia na constituição do trabalho em equipe na área de saúde. Tem como objetivo apresentar os elementos facilitadores e restritivos à atuação eficaz, dando especial destaque aos limites entre a passagem e articulação do trabalho multi e interdisciplinar, observando os diversos elementos que estão em jogo. A amostra foi restrita a 62 profissionais da área de saúde que integram equipes multidisciplinares. Através de entrevistas semiestruturadas, observação participante e de um questionário sobre condições objetivas do trabalho em equipe, foi possível mapear os elementos que estruturam estas relações. © Ciências & Cognição 2006; Vol. 08: 68-87.

Palavras-chave: equipe de saúde; multidisciplinaridade; interdisciplinaridade.

Abstract

This article shows the problems in the question of the efficacy in formation of the teamwork in the health area. Its purpose is to present the elements which facilitate and restrict an efficacious performance, giving a particular focus to the limits between the approach and articulation of the multi and interdisciplinary working observing the various elements at stake. The sample was restricted to 62 health professionals that integrate multidisciplinary teams. It was possible to map the components that form these connections through semiconstructed interviews, a participant observation and by a questionnaire about the objective conditions of the teamwork. © Ciências & Cognição 2006; Vol. 08:68-87.

Keywords: health teamwork; multidisciplinary; interdisciplinarity.

Introdução

Atualmente, sob o forte impacto da reestruturação produtiva, responsável por alterar a organização de processos de trabalho para atender às exigências de um mercado extremamente competitivo e volátil, muitas

organizações visando garantir a sua permanência/sobrevivência, têm promovido a busca da qualidade como fator diferencial na manutenção de um espaço cada vez mais concorrido. Os adventos surgidos com a era da globalização trouxeram novas formas de se pensar as relações sociais, gerando sistemas

 – M.C.G. de Pinho é doutoranda em Psicologia Social do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social (UERJ). E-mail para correspondência: marciapinho@br.inter.net.

abstratos de representação, tais como as noções de tempo/espaço, distância como meio de estabilizar as relações e promover adaptações, num cenário ameaçador regido pela imprevisibilidade e pela constante eminência de fatores de risco. Neste sentido, assistimos a incorporação de uma mudança valorativa na forma de entender os fenômenos hipercomplexos que permeiam as relações das organizações de trabalho com o meio circundante.

Visando atender às demandas atuais, estas organizações se viram forçadas a modificar os processos de trabalho, incorporando tecnologia, reduzindo drasticamente o quadro de pessoal não qualificado ou excedente, fazendo investimentos na qualificação permanente dos funcionários remanescentes, reduzindo o espaço físico de suas instalações, com o objetivo de produzir mais e com qualidade, tendo como foco a satisfação do cliente.

No plano individual, certas competências e habilidades técnicas somadas a um conhecimento amplo têm sido cada vez mais desejáveis, englobados sob a ótica da multiespecialização, responsável por tornar o profissional apto a superar desafios e romper com uma visão de trabalho linear e previsível, herança de um processo institucionalizado de organização social de produção, originado nas concepções dos modelos taylorista/fordista, nos quais os profissionais dominavam técnicas parciais, fragmentadas e isoladas. A incorporação deste novo modelo capacita o profissional a ter uma percepção mais abrangente, dinâmica, complementar e integrada. Juntamente com as habilidades e competências técnicas, as habilidades relacionais que capacitam o indivíduo a estabelecer relações interpessoais com base na cooperação, também têm sido requeridas. Além disto, é esperado do funcionário um envolvimento e uma internalização dos objetivos e missão da organização, de forma a se tornar um colaborador, um parceiro nos negócios, incorporando a idéia de que se a empresa é bem sucedida, ele também será. A moeda de troca passou a ser a formação de um pacto que atenda simultaneamente aos interesses orga-

nizacionais e pessoais. Estes fatos provocaram a necessidade de substituição de uma gestão baseada no desempenho individual para o desempenho coletivo. Para superar estes desafios, a delegação de responsabilidades às equipes tem sido a alternativa para alcançar resultados rápidos, criativos e acima de tudo eficazes. No entanto, temos que considerar que essas mudanças representam um grande desafio à convivência social (no ambiente de trabalho), pois vários obstáculos dificultam a passagem do desempenho individual para o desempenho coletivo. Entre estas, podemos citar a contradição existente no discurso organizacional, onde por um lado, o funcionário é levado a se perceber como um elo importante na rede de produção, sob a forte pressão de atender aos interesses organizacionais, enquanto por outro lado percebe a sua descartabilidade e facilidade de substituição, como uma peça de uma engrenagem. Diante desta constatação, o pacto torna-se frágil na medida em que o outro (o seu companheiro de equipe) passa a ser percebido como uma constante fonte de competição e ameaça.

O campo dos empreendimentos coletivos na área de saúde, considerado como um setor que enfrenta graves crises no Brasil, também sofreu o impacto destas mudanças, principalmente com a introdução do conceito de qualidade, que tendo início na década de 70, alcançou seu auge na década de 90, e ainda hoje se constitui num objeto de discussão e investimento. Esta busca pela qualidade deveu-se, em parte, pela introdução da integralidade da assistência, na década de 90, “entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (lei 8080/90), sendo um fator responsável por alterar as configurações das interações profissionais. Com isso, um grande destaque foi concedido ao trabalho em equipe multidisciplinar, porque os profissionais de saúde foram levados a reconhecer a necessidade de diferentes contribuições profissionais no cuidado ao paciente de maneira eficiente e eficaz.

O trabalho em equipe surge assim como uma estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços. Entre estes processos podemos citar o planejamento de serviços, o estabelecimento de prioridades, a redução da duplicação dos serviços, a geração de intervenções mais criativas, a redução de intervenções desnecessárias pela falta de comunicação entre os profissionais, a redução da rotatividade, resultando na redução de custos, com a possibilidade de aplicação e investimentos em outros processos. Entretanto, apesar dos benefícios apontados, algumas dificuldades e problemas vêm sendo identificados, tornando-se objeto de estudo. Podemos citar inicialmente a intensa divisão social e técnica do trabalho na área de saúde, resultado de um processo de alta especialização e compartimentalização do saber na formação acadêmica dos profissionais, gerando uma visão reducionista e fragmentada do ser humano.

As pesquisas sobre a constituição das equipes na área de saúde apresentam muitas lacunas pelo fato de nem todos os aspectos listados como facilitadores e limitadores a sua formação, terem sido estudados empiricamente. Neste sentido, realizamos uma extensa revisão bibliográfica e uma investigação empírica para dar sustentação aos fatos que ainda se encontram nebulosos.

Revisão da literatura

Os estudos sobre equipes e processos de formação de equipes tiveram início nas décadas de 50/60. Entretanto, a partir da década de 80 é que as equipes começaram a ocupar um espaço nas organizações de trabalho.

Embora haja muitos modelos conceituais demonstrando a importância do trabalho em equipe, há ainda muita confusão acerca dos conhecimentos, habilidades e atitudes que compreendem a sua dinâmica. Além disso, as equipes enfrentam uma variedade de fatores situacionais e periféricos que impactam o seu processo de estruturação.

A definição ainda hoje predominante é a de um grupo de dois ou mais indivíduos

interagindo de forma adaptativa, interdependente e dinamicamente voltados para um objetivo comum e apreciado por todos. Robbins (2002) afirma que as equipes são capazes de melhorar o desempenho dos indivíduos quando a tarefa requer múltiplas habilidades, julgamentos e experiência, pelo fato de serem mais flexíveis, reagindo melhor às mudanças. Faz uma interessante distinção entre grupo de trabalho e equipe de trabalho. O grupo é aquele cujo processo de interação é usado para compartilhar informações e para tomada de decisões com objetivo de ajudar cada membro com o seu desempenho na área específica de atuação, sendo o desempenho considerado apenas como a reunião das contribuições individuais de seus membros. A equipe, por sua vez, orienta-se pelos esforços individuais que resultam em um nível de desempenho maior que a soma das entradas. Contudo, adverte que nem sempre as equipes representam a resposta de melhor desempenho, em alguns casos o trabalho é realizado de forma mais eficaz, se for realizado individualmente.

Desta forma, Robbins (2002) destaca três parâmetros para determinar se o trabalho em equipe é o mais adequado a uma determinada situação. Em primeiro lugar é necessário definir se o trabalho pode ser realizado por mais de uma pessoa, levando-se em consideração a complexidade da tarefa e a necessidade de diferentes perspectivas. Em segundo lugar, saber se a tarefa cria um propósito comum ou conjunto de metas para os membros da equipe que seja mais do que a soma de seus objetivos individuais. E por último, verificar se os membros do grupo possuem interdependência. Este autor ainda indica um elenco de componentes para a criação de equipes eficazes; o projeto do trabalho, a composição da equipe, recursos e influências contextuais e as variáveis de processo. Em relação ao projeto de trabalho destaca a importância de condições motivadoras para se assumir responsabilidade coletiva quando da realização de tarefas significantes. Para isto, no entanto, é necessária a inclusão de variáveis tais como liberdade e autonomia, oportunidade de

utilização de diferentes habilidades e talentos, capacidade de realização completa de uma tarefa que aumentam o senso de responsabilidade. A segunda categoria aborda as variáveis individuais que devem estar presentes, como as capacidades, a personalidade, a alocação de papéis e diversidade, tamanho da equipe, flexibilidade dos membros e sua preferência pelo trabalho em equipe. No que diz respeito às capacidades, Robbins elenca os conhecimentos técnicos, as habilidades de resolução de problemas e capacidade de identificar problemas e gerar alternativas de respostas. Uma contribuição muito interessante, embora não desenvolvida por ele, diz respeito à alocação de papéis. Considera que por possuírem necessidades diferentes, as pessoas a serem selecionadas para compor a equipe, devem possuir atributos para preencher os papéis. Identificou nove papéis potenciais na equipe e lembra que em muitas equipes as pessoas poderão desempenhar múltiplos papéis, fazendo um ajuste entre as preferências individuais e as demandas dos papéis.

Devemos lembrar que o trabalho em equipe possui elementos universais que estão na base de formação e caracterização de qualquer equipe e elementos particulares que irão trazer certas peculiaridades no olhar do pesquisador. A equipe de saúde, apesar de possuir todos os elementos considerados cruciais para o seu desenvolvimento e manutenção, em comparação com as equipes em geral, conta ainda com algumas particularidades, em especial as relacionadas com a condição da convivência entre especialistas.

Encontramos várias definições para trabalho em equipe de saúde, que em geral destacam uma concordância em relação aos aspectos significativos a sua construção, estrutura e composição, e estão em consonância com os pressupostos presentes nas equipes em geral, não pertencentes ao setor saúde. Os pontos cruciais que estão na base de formação de qualquer equipe podem ser identificados como: desempenho coletivo, responsabilidade coletiva, tomada de decisão coletiva, uso de habilidades e conhecimentos complementares. Em contrapartida, nas equi-

pes de saúde, verificamos a existência de situações específicas ao setor, que impactam a sua estruturação, tais como: dominância de um discurso particular, resultando na exclusão de outro e falta de confiança interprofissional resultante de relações de poder entre as profissões.

Brill¹ (citado por Cott, 1998) define trabalho em equipe como um trabalho que é dado a um grupo de pessoas que possuem um “expertise individual”, que sejam responsáveis pela tomada de decisões individuais, que conservem um propósito comum e que possam juntos comunicar, compartilhar e consolidar conhecimentos para que planos sejam feitos, decisões futuras sejam influenciadas e ações sejam determinadas. No entanto, para Campos (1992) a formação de equipes na organização dos serviços de saúde atende a três justificativas principais: a quebra da divisão do processo de trabalho em recortes verticais compondo segmentos estanques por categorias profissionais (por ex. o médico faz o diagnóstico, prescreve medicação, decide sobre a alta, o enfermeiro, por sua vez, realiza os cuidados diretos com o paciente, sem articulação e interdependência nas ações entre os profissionais); a possibilidade de responsabilização de cada equipe por um conjunto de problemas bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los e por último a possibilidade de vir a facilitar a superação da inércia e da indiferença burocrática que caracterizam os serviços públicos de saúde, atualmente.

Campos (1992) propõe que haja a vinculação a cada equipe de um certo número de pacientes previamente inscritos, bem como a responsabilidade em relação aos problemas coletivos de uma parcela da população, com o objetivo principal de quebrar a impessoalidade reinante nas relações agentes-usuários. Para Hall e Weaver (2001) uma equipe é organizada para resolver um conjunto de problemas comuns, onde cada membro poderá contribuir com seu conhecimento e

(1) Brill, N. (1976) *Teamwork: Working together in the Human Services*. Toronto: Hippincott.

habilidade para aumentar e apoiar as contribuições dos outros. Os membros da equipe devem preservar as suas funções especializadas mantendo uma linha contínua de comunicação uns com os outros, colocando-se eles próprios num continuum de interações e responsabilidades. Exemplos deste tipo de trabalho são freqüentemente vistos em áreas que exigem um cuidado complexo, como na área geriátrica e de saúde mental.

De acordo com Hall e Weaver (2001) cada profissional da saúde aprende seu papel tradicional através do processo de educação de sua profissão. O papel torna-se uma parte integral do "mapa cognitivo" do indivíduo. Hill², em concordância com Petrie³ (citados por Hall e Weaver, 2001: 871) os profissionais de saúde possuem mapas cognitivos de suas disciplinas específicas e possuem também uma compreensão dos papéis e "mapas" de outras pessoas, fatores responsáveis por causar ansiedade, conflitos e ineficácia no trabalho coletivo.

Para Hall e Weaver (2001: 871) cada membro da equipe deve familiarizar-se com os conceitos e aproximar-se de seus colegas para ser capaz de assumir porções significativas dos papéis dos outros, dominando áreas de competências sobrepostas, compartilhando responsabilidades.

Mariano⁴ (citado por Hall e Weaver, 2001: 871). descreve isto como "role blurring", enfatizando que diversos problemas surgem quando esta sobreposição de papéis não é bem manejada, como por exemplo a subutilização de expertise dos profissionais. Mariano sugere práticas educativas para ajudar os membros das equipes a clarificar seus papéis uns com os outros, de forma a permitir:

1. Clarificar a percepção de papéis e as expectativas.

(2) Hill, A. (1998) Multiprofessional teamwork in hospital palliative care teams. *Int. J. Palliat Nurs.*, 4, 214-221.

(3) Petrie, H.G. (1976) Do you see what I see? The epistemology of interdisciplinary inquiry. *J. Aesthetic Educ.*, 10, 29-43.

2. Identificar as próprias competências profissionais, bem como as competências dos outros membros.
3. Explorar responsabilidades sobrepostas.
4. Renegociar a transferência de papéis.

Payne⁵ (citado por Kumar e Parkinson, 2001: 320) identificou critérios para a descrição de um bom funcionamento das equipes de trabalho: estabelecimento de metas e como elas estão acordadas; liderança e como ela está organizada; comunicação; processo de grupo; sistemas de valores e normas; tomada de decisão na equipe; auto desenvolvimento; exame regular do trabalho em equipe.

Ovretveit⁶ (citado por Kumar e Parkinson, 2001: 320-321) usou as terminologias "responsabilidade coletiva da equipe" para equipes com alto desempenho e uma "coordenação profissional da equipe", através da qual os profissionais mantêm sua independência e reúnem-se somente para ter um ponto de referência. Para este autor, os membros de uma equipe estão divididos em dois grupos: os que possuem um papel central e os que possuem um papel periférico, estes últimos menos envolvidos com o dia-a-dia dos pacientes, apresentando um papel mais consultivo, estando assim excluídos das tomadas de decisões.

De acordo com Pedersen e Easton⁷ (citado por McCallin, 2001: 424) as características de uma equipe de sucesso são: objetivos comuns; clara definição de papéis; suporte e engajamento; respeito; comunicação; competência e habilidades; aptidão dos membros da equipe para funcionar como uma unidade e não somente como um grupo de indivíduos.

Para Cott (1998) essas definições

(4) Mariano, C. (1999). The case for interdisciplinary collaboration. *Nurs Outlook.*, 37, 285-8.

(5) Payne, M. (1990). Working in teams. Basingstoke: Macmillan.

(6) Ovretveit, J. (1997) How to describe interprofessional working. Em: Ovretveit, J; Mathias, P. e Thompson, T. (Eds.) *Interprofessional working for health and social care*. Basingstoke: Macmillan.

(7) Pedersen, A. e Easton, L. (1995). Teamwork: bringing order out of chaos. *Nurs. Manag.*, 26, 34-35.

embora não explicitamente relatadas, subscrevem três pressupostos básicos:

1. Que os membros das equipes tenham uma compreensão compartilhada de regras, normas e valores dentro da equipe.
2. Que as funções da equipe ocorram de maneira independente, igualitária e cooperativa.
3. Que os efeitos da tomada de decisão cooperativa constituam um benefício para o paciente (na saúde, cliente no geral) e não somente produzam um efeito sobre o conhecimento que suas disciplinas possam ter sobre ele.

Para este autor, a revisão de literatura realizada sugere que os dois primeiros pressupostos não são confirmados pelos pesquisadores. Afirma, entretanto, que quando estão presentes em algum grau, há um suporte para o terceiro pressuposto.

Para Brown e colaboradores (2000) uma equipe eficaz e coordenada deve possuir um mecanismo para troca de informação. Num nível mais simples isto requer uma oportunidade regular de tempo, espaço para os membros se encontrarem. Um sistema de comunicação ideal inclui um sistema de registro bem produzido, um fórum regularmente planejado para os membros discutirem os problemas de gerenciamento do paciente, um fórum regular para avaliação da função e desenvolvimento da equipe bem como para relatar problemas interpessoais, um mecanismo de comunicação com sistemas externos com os quais a equipe opera.

Devido à mistura de competências e backgrounds profissionais e a complexidade da colaboração interdisciplinar, a diversidade de pontos de vista e diferenças de opinião são inevitáveis. É importante então reconhecer que o conflito é necessário e desejável a fim de proporcionar o crescimento e desenvolvimento da equipe. O conflito encoraja a inovação e a solução de problemas de forma criativa e o êxito obtido na confrontação e resolução das diferenças promove o aumento da confiança e compreensão entre os membros da equipe. Sinais de falha no lidar

com o conflito incluem baixa moral, afastamento, falta de envolvimento, falta de anuência, depressão, desgosto e burn-out. As barreiras para lidar de forma eficaz com o conflito incluem um senso idealizado de união que inibe o feedback e confrontação de diferenças, uma tradição profissional de obediência à autoridade e correspondente dificuldade para discordar, agrupamento de membros da mesma categoria profissional quando há divergência entre as profissões, má compreensão sobre papéis, competências e responsabilidades de outros membros da equipe.

Cott (1998) traz ao debate a diferenciação entre concepções de trabalho orgânico e trabalho ritualístico nos serviços de saúde. Profissionais que possuem uma concepção orgânica do trabalho estão interessados nas implicações humanas de seus trabalhos e falam a respeito de um papel mais inclusivo. Profissionais cujas concepções de seus trabalhos são mais ritualísticas têm seu interesse voltado para aspectos mais concretos com o uso de mecanismos e rotinas para o desempenho de tarefas. Quando foram questionados sobre o seu trabalho, focalizaram a atenção para as necessidades básicas de cuidados. A falta de engajamento dos profissionais envolvidos nos cuidados diretos reflete no modo de pensar sobre o trabalho em equipe. Eles não se sentem engajados com os profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar. Referem-se ao grupo de enfermagem como "nós" e aos outros profissionais como "eles" o que mostra que os profissionais da enfermagem não incorporaram na sua identidade social a percepção de que é um membro da equipe. Cott (1998) destaca a existência de diferentes percepções de trabalho em equipe dependendo da afiliação profissional de cada membro, e do processo de socialização profissional, experiências pessoais e crenças. Enfatiza que médicos e enfermeiros advogam o uso do trabalho em equipe por diferentes razões; os médicos tendem a ver os enfermeiros como assistentes e apresentar e encorajar a formação do trabalho em equipe tendo o pessoal de enfermagem como subordinados.

Em contraste, os enfermeiros visualizam o trabalho em equipe como a promoção de um acesso direto no cuidado ao paciente e como um meio de ganhar status e percebem a formação da equipe como um encorajamento de um colegiado com os médicos.

Para Hinojosa e colaboradores (2001) trabalho em equipe não é simplesmente estar juntos ou passar a informação de um para o outro. Afirmam a importância de se criar uma cultura colaborativa que permita uma genuína cooperação entre os membros. Descrevem cinco passos para a criação de equipes, que incluem o estabelecimento da confiança, o desenvolvimento de crenças e atitudes comuns, o empowering dos membros da equipe, ter reuniões efetivas para gerenciamento das equipes e promover feedback sobre o funcionamento da equipe.

Sternas e colaboradores (1999) analisaram os modelos de prática de equipe apresentando os modelos primitivos (paralelo, seqüencial e compartilhado) e o modelo colaborativo, concedendo destaque ao modelo do sistema de trabalho em equipe interdisciplinar.

O modelo colaborativo é uma extensão do conceito de prática em equipe e liderança, mas cujo foco é modificado. Os pacientes escolhem o profissional desejado sem considerar a complexidade de seus problemas. Todos os profissionais colaboram para promover segurança, alta qualidade nos serviços, ainda que cada profissional realize-os autonomamente. A colaboração é definida como um processo de comunicação articulada e tomada de decisão com o objetivo de satisfazer as necessidades de atenção à saúde da população-alvo. A base da colaboração é que a qualidade do cuidado ao paciente é realizada pela contribuição de todos os profissionais. A verdadeira prática colaborativa não é hierárquica, pressupondo que a contribuição de cada participante está baseada no conhecimento ou expertise. Os componentes do modelo de prática colaborativa englobam um grupo comum de pacientes, objetivos comuns visando o êxito do paciente e um compromisso compartilhado para encontrar estes objetivos, a compreensão

pelos membros da equipe sobre os papéis de cada um, um mecanismo de comunicação e um mecanismo para monitorar os resultados dos pacientes.

Sternas e colaboradores (1999) apresentam os valores/comportamentos que facilitam a implementação do modelo colaborativo. O conhecimento deve ser visto como um componente necessário para o desenvolvimento da confiança, já que conhecimento e confiança removem a necessidade de supervisão. O respeito mútuo adquirido pelo conhecimento do expertise de todos os membros da equipe deve ser a norma e deve ser comunicado aos pacientes. A comunicação não deve ser hierárquica, mas sim de mão dupla facilitando o compartilhar de informações e conhecimentos sobre os pacientes. A cooperação e a coordenação favorecem o uso das habilidades de todos os membros prevenindo a duplicação de serviços e aumentando a produtividade.

O modelo do sistema de trabalho em equipe proposto por Drinka (2000) fornece um desenvolvimento suplementar do conceito de prática em equipe colaborativa. Utiliza-se de diversos métodos identificados na prática. Neste modelo, Drinka esclarece que métodos múltiplos de prática de equipe poderão ser parte de um arsenal para os profissionais de saúde. A necessidade de uma interdependência progressiva e colaboração é o gancho para determinar que método de prática de equipe deve ser utilizado e o modo correto para dirigir-se a um problema particular encontrado. Para uma equipe interdisciplinar de atenção à saúde funcionar bem, deve haver a capacidade para adaptar-se às mudanças e situações complexas. O sistema de trabalho em equipe poderá atuar com dois ou mais profissionais que podem pertencer a uma equipe interdisciplinar central e ao mesmo tempo usar métodos adicionais na prática com indivíduos, equipes ou grupos, dependendo de uma necessidade particular ou problema específico.

Seis métodos de prática de equipe são descritos e podem funcionar como um sistema para promover a atenção eficiente quando compreendidos e utilizados apropriadamente.

O primeiro método é o grupo de tarefa que consiste num grupo escolhido ou formado por um líder onde as regras são colocadas pelo grupo para resolver um problema e dispensá-lo. As vantagens deste tipo de método são o foco em um único problema, ser de condução rápida e o fato de contar com o entusiasmo dos membros. As desvantagens são a falta de profundidade e amplitude, algum medo na expressão dos pontos de vista, o status poder impedir abertura e a dificuldade de permanecer juntos.

O segundo método é um grupo de trabalho formal unidisciplinar cujos componentes são médicos de diversas especialidades e possui as seguintes características: a liderança ser feita pela eleição ou posição ocupada, as identidades individuais serem mais importantes do que diagnósticos integrados, não trabalhar os problemas da equipe, atenção específica da disciplina. As vantagens relatadas são decorrentes do fato dos membros falarem uma mesma linguagem, as regras serem estabelecidas para obedecerem a uma ordem, as decisões finais serem estabelecidas por um líder formal, as soluções terem profundidade. As desvantagens apontadas são a possibilidade de haver algum ressentimento com as decisões do líder, falta de amplitude nas decisões, poder omitir problemas importantes, haver pouco diálogo integrativo e ineficiência com a complexidade da questão.

O terceiro método consiste num grupo de trabalho formal multidisciplinar composto por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais. As características são as mesmas do segundo método. As vantagens são as decisões finais serem tomadas por um líder, as regras serem estabelecidas para obedecerem às ordens, informação oriunda de muitas perspectivas, soluções terem amplitude. As desvantagens dizem respeito à possibilidade de haver algum ressentimento com as decisões do líder, os profissionais falarem diferentes linguagens, as soluções não serem integradas, haver culturas disciplinares diferentes, falta de um diálogo integrativo e ineficiência com a complexidade do problema.

O quarto método é formado por uma equipe unidisciplinar interativa, composta por médicos de múltiplas especialidades cujas características formadoras dizem respeito aos diagnósticos serem integrados, a existência de objetivos para os pacientes e para a equipe, a interdependência entre os membros, estrutura da equipe que permite a colaboração, liderança orientada para o êxito de acordo com o expertise. As vantagens encontradas neste método são os membros falarem a mesma linguagem, haver uma responsabilidade compartilhada na liderança, maior abertura, maior colaboração informal, as soluções apresentarem profundidade, os membros sentirem-se habilitados, a cultura encorajar a criatividade. As desvantagens são decisões iniciais levarem mais tempo, as soluções perderem em amplitude, a possibilidade de omissão de problemas importantes, necessidade de tempo e espaço para discutir valores, renegociar papéis e conflitos com a liderança.

O quinto método é a equipe interdisciplinar interativa cujas características são as mesmas do método anterior. As vantagens são um cuidado integrado, o compartilhar de responsabilidade pela liderança da equipe, soluções direcionadas para problemas complexos, soluções terem profundidade e amplitude, haver um acesso criativo para a complexidade e compreensão de prática autônoma. As desvantagens são a necessidade de um tempo maior para decisões iniciais, os membros devem aprender diferentes termos e linguagens, esforço para manutenção da equipe, necessidade de tempo e espaço para clarificar valores, renegociar papéis e conflitos de liderança.

O sexto e último método é a prática autônoma, cuja característica central é que os indivíduos tomam as decisões baseando-se nos seus conhecimentos. As vantagens são a rapidez e as soluções apropriadas e as dificuldades é que só há possibilidade de trabalho, se houver compreensão de uma prática interdisciplinar.

Drinka define a equipe interdisciplinar de atenção à saúde (IHCT) como um grupo de indivíduos com diversas formações e

backgrounds que trabalham juntos como uma unidade ou sistema. Os membros da equipe colaboram continuamente para resolver os problemas dos pacientes que são extremamente complexos para serem resolvidos por uma disciplina ou várias disciplinas em seqüência. A fim de fornecer cuidados tão eficientes quanto possíveis, uma IHTC cria estruturas formais e informais que encorajam a resolução de problemas de forma colaborativa. Os membros da equipe determinam a missão de equipe e os objetivos comuns: trabalham independentemente para definir e tratar os problemas dos pacientes e aprendem a aceitar e capitalizar as diferenças disciplinares, o poder diferencial e os papéis sobrepostos. Para efetuar isto, eles compartilham a liderança que é apropriada para apresentar o problema e promover o uso das diferenças para confrontação e colaboração.

Construir uma sólida equipe interdisciplinar requer planejamento cuidadoso, compromisso e investimento constante. Em um estágio de desenvolvimento primitivo, os membros da equipe necessitam gastar um tempo planejando e fazendo o acompanhamento de objetivos, tarefas e papéis, liderança e tomada de decisão, comunicação e resolução de conflitos. Isto pode incluir considerar os membros como sendo pertencentes a núcleos centrais ou periféricos, definir o papel específico de cada membro e das expectativas dos papéis dos membros, definir temas de discussão que necessitam ser encaminhados à equipe como um todo, definir as necessidades de informações dos membros, definir mecanismos de coordenação de trocas de informações, mecanismos de avaliação de resultados e fazer ajustamentos com a equipe. Em outras palavras, a equipe precisa conhecer onde é feito, o que é necessário fazer, quem é que faz o que e como isto é feito junto.

É freqüentemente útil começar com a proposição de uma ampla missão para que todos os membros possam ter anuência. Para esta proposição, a equipe precisa planejar objetivos específicos que sejam claros, e pontos de chegada que sejam realizáveis a fim de fornecer significados específicos para descoberta destes objetivos. Priorizando estes

objetivos, poderá mais adiante ajudar a clarificar a missão da equipe e servir como uma atividade útil para desenvolver a coesão da equipe. As dimensões dos objetivos podem ser a longo ou curto prazo ou podem surgir das necessidades dos profissionais, das necessidades dos pacientes e da equipe. Os objetivos inicialmente descritos não devem ser necessariamente fixos e é importante continuamente reexaminar, redefinir e “repriorizar” os objetivos da equipe.

As tarefas e papéis são freqüentemente sobrepostos em termos das habilidades dos diversos profissionais. Drinka cita como exemplo o fato de muitos profissionais terem expertise na interação com os pacientes, atuando na formação de plano de cuidados e educando os pacientes, enquanto outros profissionais podem diagnosticar e tratar as enfermidades. Enfatiza, no entanto, que deve haver atenção no sentido de definir limites rígidos na prática dos profissionais, começando pela diferenciação de tarefas antes da negociação de papéis nos processos de definição de funções dos membros da equipe de forma a reduzir os problemas sobre territorialidade e domínio de cada profissional. O problema central na negociação de papéis é se os papéis e competências profissionais tradicionais são únicos ou meramente distintivos. Devido a um problema de competências sobrepostas, os membros poderão definir claramente as expectativas dos papéis para a equipe respondendo as seguintes questões: As expectativas estão claramente definidas? Existem conflitos de papéis ou eles são compatíveis? Pode um individuo reunir todas as expectativas? As decisões sobre quem faz o que, deve ser guiada pela disponibilidade, nível de treinamento e preferências dos membros.

Historicamente os médicos têm assumido um papel de liderança na equipe de atenção à saúde devido a vários fatores culturais de gênero e poder. Em muitas situações deve haver uma igual participação e responsabilidade e a liderança deve ser determinada pela natureza do problema a ser resolvido. A equipe poderá direcionar as seguintes questões: quais necessidades preci-

sam ser decididas? Quem poderá estar envolvido neste processo? Qual processo de tomada de decisão poderá ser usado? Quem será responsável por levar a cabo a decisão? Como as necessidades serão informadas sobre a decisão?

Romano (1999) considera que hoje, há um consenso por parte dos pesquisadores de que o que identifica uma equipe multidisciplinar é a percepção, a crença de seus integrantes de que o conhecimento não é algo isolado e fragmentado, mas que apesar das ciências da saúde possuírem uma especificidade que faz parte do seu corpo de saber, esse saber isoladamente não produz uma visão do real que se apreende de forma multifacetada.

Para entender como ocorre o funcionamento multidisciplinar é imprescindível destacar o quanto as atividades são contribuidoras, complementares ou competitivas entre si. Para Hun⁸ (citado em Romano, 1999: 79-80), quando as atividades são contribuidoras, a ajuda é como se viesse de fora, não pressupondo uma relação, sendo mínimo o atrito. No caso de serem complementares, tem que haver um trabalho conjunto e o atrito surge da discussão sobre status, responsabilidade sobre a tarefa ou controle administrativo. Já quando estas se apresentam como competitivas, os conflitos são frequentes e não simulados pelo fato de nenhuma profissão conseguir sentir a necessidade de tolerar a outra. A idéia de equipe remete a um campo de acolhimento, de subjetivação em que cada profissional tem o seu lugar. Neste contexto, apresenta duas ponderações como necessárias: em primeiro lugar a necessidade de delimitação do objeto e do método de investigação comum. E em segundo lugar, o fato da busca de integração ocorrer num emaranhado de relações sociais, interpessoais, intrapessoais, no meio ideológico, filosófico, afetivo, cognitivo e ético e acima de tudo permeado por outros grupos e instituições suprapessoais (em nível de instituição como um todo ou ao nível da equipe de saúde).

A responsabilidade médica é inquestionável por tradição, já que o papel da

liderança, existe desde antes da existência dos serviços de saúde. O trabalho em equipe de saúde ainda baseia-se numa relação de hierarquia e subordinação. Entretanto, a delegação de autoridade ou função, poderá ocorrer quando há trocas de informações que gerem conhecimento e confiança fazendo com que surja um líder emergencial, que sendo um membro mais qualificado da equipe fique sendo o responsável pelas ações de sua área de competência, mas, sobretudo emergindo de suas bases funcionais, já que pode ser o canal de acesso ao paciente.

Spink (2003: 57-60) apresenta fundamentos para a dificuldade de estabelecimento das equipes multidisciplinares, destacando a posse diferencial do conhecimento científico sobre saúde/doença atribuída a medicina e alegando que várias profissões foram constituídas a partir de um processo de especialização tanto decorrente de avanços tecnológicos como também da ampliação do conceito de saúde, não apresentando, no entanto, um corpo de conhecimentos, métodos e técnicas bem delimitadas para propiciar uma coexistência harmônica. Destaca que para a constituição de disciplinas autônomas, deve haver a delimitação de fronteiras através da definição de procedimentos e adoção de formas de argumentação que possam restringir o uso de certas terminologias, o empréstimo permitido de conhecimentos de outras disciplinas e os contextos legítimos de justificação e descobertas, fazendo com que controlem inteiramente seus departamentos acadêmicos, seus programas de pesquisa e suas linhagens históricas.

Spink (2003:60) segue afirmando que a integração não significa a equalização dos saberes/fazeres e nem a submissão das diferenças a uma verdade única e inequívoca. O problema não está em cada um perder a sua competência, e sim em articular com outras competências. Diz que do ponto de vista afetivo a superação está na aceitação e

(8) Hunt, W. (1963). Relations with other professions. Em: Wolman B. B. (Ed.) *Handbook of clinical Psychology*. Nova York: Mcgraw-Hill.

incorporação da alteridade, entendida como aquilo que é diferente.

Objetivos

- Conhecer as concepções objetivas e subjetivas dos profissionais que integram as equipes multidisciplinares de saúde sobre o trabalho em equipe.
- Identificar práticas facilitadoras de interdependência e articulação entre as diversas áreas profissionais
- Identificar os elementos impeditivos para a formação e manutenção de equipes de trabalho no setor saúde

Métodos

A pesquisa foi realizada em um setor de um hospital da rede pública no estado do Rio de Janeiro. Participaram da pesquisa profissionais de nível superior que compõem uma equipe multidisciplinar e prestam serviço na enfermaria e no atendimento ambulatorial, abrangendo diversas especialidades.

Amostra

Participaram da pesquisa 62 sujeitos que responderam ao questionário sobre questões objetivas do trabalho em equipe. Destes, 30 também participaram das entrevistas em profundidade, sendo 18 pertencentes ao ambulatório e 12 pertencentes à enfermaria. O critério para seleção da amostra caracteriza-se como não-probabilística e intencional e um dos critérios de seleção foi o tempo de serviço superior a um ano, de forma que os respondentes já estivessem bem familiarizados com a estrutura organizacional e com a rotina de serviço.

No ambulatório participaram 10 médicos, 3 enfermeiros, 2 psicólogas, 1 fisioterapeuta, 1 assistente social e 1 dentista. Na enfermaria participaram 5 médicos, 3 enfermeiros, 1 psicóloga, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista e 1 assistente social.

Instrumentos de coleta de dados

Foi aplicado um questionário fechado sobre condições objetivas do trabalho em equipe (tabela 1 – anexo 1), com o objetivo de conhecer as representações dos entrevistados, nos aspectos inter relacionados com a sua configuração eficaz. De forma a complementar os dados colhidos, realizamos também entrevistas de profundidade (ver roteiro no anexo 2) e observação participante.

O questionário possui 26 itens, divididos em seis sub dimensões que abordam o processo de comunicação (questões 4, 5, 6, 19, e 20), a disposição para negociação (questões 11, 12, 13, 16 e 18), a complementaridade e coerência das tarefas e papéis (7, 8, 15, 17, 20), a responsabilidade e autonomia no processo decisório (2, 25, 26), a cooperação e predisposição para o fazer coletivo (1, 14, 21, 23) e o nível de satisfação e confiança (3, 9, 10, 24). Os itens possuem o formato de escala Likert com uma graduação de 5 níveis: “concordo plenamente”, “concordo”, “em dúvida”, “discordo” e “discordo plenamente”.

As entrevistas de profundidade tiveram como orientação serem semi estruturadas, de forma a permitir uma dose de liberdade e flexibilidade para acrescentar novas perguntas, de forma a clarificar pontos considerados relevantes e que não estivessem suficientemente contemplados com o material coletado no questionário. Cabe acrescentar que o projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da UERJ, setor responsável por avaliar os projetos de pesquisas do Programa de Pós Graduação em Psicologia Social.

Resultados

Com a aplicação dos instrumentos de coleta de dados, obtivemos a geração de diversas categorias de análise.

Enquanto na enfermaria verifica-se uma forte tendência à concordância em relação à eficácia do processo comunicacional, por outro lado, no ambulatório, verificamos uma clara e forte tendência à discordância quanto a este aspecto. Estes

dados foram confirmados nas entrevistas, como podemos perceber nas falas dos participantes.

No relato da depoente (psicóloga) observa-se que apesar de em diversos momentos da entrevista ter enfatizado a satisfação por pertencer a uma equipe, onde a comunicação é valorizada pelo grupo, destaca que uma vantagem do trabalho no ambulatório é pelo fato de estar mais parecido com o trabalho que é realizado em consultório, e que na enfermaria uma desvantagem é que o paciente por estar no leito, pertence a todos, todos podem abstrair as suas significações. Interessante notar que o processo de comunicação, embora reconhecido por grande parte dos profissionais como sendo o elemento que permite o entendimento da complexidade do paciente, esbarra na idealização que é feita sobre a figura do especialista, situação que é valorizada socialmente como atributo que permite maior aprofundamento de cada caso. Ao se comparar o trabalho que é feito no ambulatório com o de consultório, foi dado um grande destaque a uma relação particularizada, que não necessita ser comunicada aos outros profissionais, pois a figura do especialista dá conta de atender a demanda do paciente, não necessitando da intervenção de outros profissionais.

Ao serem indagados sobre o compartilhamento de informações e conhecimentos, 47,1% dos participantes do ambulatório concordaram, enquanto que 36,1 % discordaram, e os 16,8 % ficaram indecisos. Os profissionais da enfermaria mostraram-se mais próximos nas respostas: 88,5 % dos participantes manifestaram concordância. A comunicação também aparece nos depoimentos diretamente relacionada à convivência, ao vínculo e ao relacionamento entre os profissionais.

É importante destacar que em todo grupo existem procedimentos que são reproduzidos, a partir da verificação de práticas que são institucionalizadas e outros que são criados pelo próprio grupo visando uma reestruturação, com objetivo de promover uma melhor adaptação e conseqüente

fluidez ao sistema. No tocante ao processo comunicacional, foi mencionada diversas vezes nas entrevistas e no grupo focal realizados na enfermaria, a importância da criação e manutenção de um elemento facilitador da comunicação e que por mais que algumas pessoas ou grupos profissionais resistam, grande parte dos membros estão conscientes desse importante papel, chegando inclusive a defender a obrigatoriedade das reuniões semanais e também da participação de todas as categorias profissionais, visto que os profissionais da enfermagem não freqüentam com regularidade as reuniões. Por outro lado, no ambulatório, a não existência de uma freqüência nas reuniões, também provoca um certo descontentamento por parte dos profissionais, que embora reconheçam a necessidade de articulação das diversas especialidades, sentem dificuldade de operacionalizá-la, acabando por reproduzir uma prática institucionalizada em diversos hospitais, que é a do confinamento em especialidades, sem a busca e a troca de conhecimentos, tão necessários a uma visão mais conjunta e complexa do ser humano. Em algumas especialidades médicas do ambulatório, considera-se imperiosa, a visão integrada do ser humano, visto que a produção da doença é multicausal, e somente a intervenção por um especialista não consegue cobrir a totalidade deste evento, causando muitas das vezes ao paciente, o abandono do tratamento ou a reincidência dos sintomas após um período de tempo.

No depoimento do profissional (Psicólogo 2) é relatado o interesse em manter as reuniões de um ambulatório específico, mas não semanalmente, como é feito na enfermaria, onde são discutidos todos os casos, elegendo um caso que seja do interesse múltiplo e proceder um estudo de caso.

A profissional (Enfermeira 1) também compartilha da mesma opinião do profissional (Psicólogo 2) em relação à freqüência e objetivo das reuniões, que não devem ser ritualizadas e sim agendadas de acordo com necessidades e interesses específicos.

Na categoria disposição para negociação verifica-se a ocorrência de percepções

com tendências diferenciadas. Na enfermagem, observamos uma tendência à dúvida, enquanto que no ambulatório, uma tendência à discordância. A tendência à discordância enunciada no ambulatório é compreensível, na medida em que, em geral, o trabalho realizado não se configura como uma dimensão de trabalho em equipe. É um trabalho particularizado, onde os profissionais apenas comunicam aos outros as intenções e os resultados de suas ações. Somente em algumas especialidades ambulatoriais verifica-se esta inter-relação e o compartilhar de conhecimentos. No ambulatório de ginecologia, por exemplo, existe uma configuração de um trabalho multidisciplinar, composta por médicos, psicóloga e enfermeira e assistente social.

No que se refere à complementaridade, coerência das tarefas e papéis, as opiniões dos dois setores mantiveram-se bem próximas da dúvida, sem uma definição clara de uma tendência predominante. Esta questão foi muito abordada nas entrevistas e grupos focais, sendo inclusive apontada como fonte originadora de conflitos.

A divisão de tarefas dentro do espaço hospitalar é fortemente marcada pela condição de especialista que os profissionais detêm. No entanto, devemos considerar a necessidade de existência de uma interdependência e complementaridade entre elas, com o equilíbrio entre as especificidades de cada área profissional e uma possível flexibilidade na divisão do trabalho em assuntos cuja competência possa ser expandida.

Foi possível perceber uma falta de clareza conceitual sobre a divisão do trabalho. Embora haja um consenso da equipe no sentido de que as ações técnicas pertinentes a cada área profissional estão bem delimitadas cabendo a cada uma determinadas tarefas bem específicas: ao médico a responsabilidade de avaliação inicial do ponto de vista clínico, prescrição medicamentosa e alta; ao serviço social o contato com a família, e as ações assistencialistas; ao psicólogo, as considerações sobre o estado psíquico do paciente e as intervenções necessárias. Entretanto, ocorrem

algumas situações onde estas fronteiras não estão bem delimitadas, causando um certo desconforto quando o espaço de especialista é invadido.

No relato da psicóloga fica visível este descontentamento, deixando transparecer que o modelo hegemônico pertencente ao sistema biomédico é inquestionável, enquanto que o modelo psicossocial torna-se mais compartilhado, mais passível de penetrar o universo representativo dos outros profissionais, com a agravante de banalizar o conhecimento dos ditos saberes periféricos.

O depoimento da médica 2 traz a questão da autonomia técnica da enfermeira que ao tomar uma decisão de competência própria da sua área profissional, o faz em um momento inapropriado, ultrapassando limites, com uma conduta que não era consensual, trazendo enormes prejuízos ao paciente.

No relato da médica 3, uma enfermeira fez uma prescrição de medicamento, cuja atribuição cabe ao médico. Mesmo se tratando de uma medicação que permeia o senso comum, e a princípio não traria nenhum risco à integridade do paciente, a sua indicação no espaço hospitalar deve ser feita exclusivamente pelo médico. A médica afirmou a necessidade de estar dialogando e trocando informações, para minimizar ações como estas.

No depoimento do médico 1, há a menção ao alcance da transdisciplinaridade e ao mesmo tempo o surgimento de conflitos pela ausência de limites. Ao expor a questão da transdisciplinaridade, procuramos saber qual a representação que o médico fazia a respeito do termo, já que muitas vezes os termos multi, inter e transdisciplinar são usados sem distinção. Temos que observar aqui toda a tradição de um processo de socialização educacional e profissional responsáveis por delimitar os campos de atuação, reduzindo o objeto de intervenção.

No depoimento da médica 1 verifica-se o problema compreensão parte-todo e da redução que o extenso processo de especialização provocou. As especialidades clínicas foram se desenvolvendo para dar conta de aspectos cada vez mais aprofundados dos

fatos complexos. Ocorre, no entanto, que ao se especializar muitas das vezes o profissional perde a noção da totalidade. Acontece que quando se é generalista, os fatos são tratados na superficialidade, o especialista por sua vez, remete-nos a uma condição de segurança técnica. Embora estejamos num momento em que a multi especialidade impera em diversos segmentos do mundo do trabalho, vemos ainda que a figura do especialista é valorizada socialmente, e até mesmo cultivada pelo indivíduo na medida que em mundo tão competitivo, ser especialista em determinada área, garante a permanência e a condição de ser indispensável, de atenuar as relações, de se manter numa posição de afastamento do grupo e de aumentar a sua credibilidade perante o grupo.

Em relação à hierarquia existente, observam-se percepções bem distintas, alguns questionando o seu papel profissional e as dificuldades surgidas a partir de então, e outros aceitando a hierarquia como condição natural, que deve ser mantida, para que o funcionamento da equipe possa ser garantido.

Outro fato que nos chamou a atenção é em relação a participação de profissionais especialistas numa determinada área, que não são pertencentes ao setor, e são imprescindíveis a continuidade das tarefas. Fica muito nítida a delimitação e demarcação dos espaços e os conflitos surgidos, quando um “profissional estrangeiro” tenta penetrar numa equipe já solidificada. É a condição de especialista que novamente desintegra.

No relato da nutricionista aparece uma dimensão que reproduz uma necessidade de conquista de espaço, que por si só demonstra a desigualdade no estabelecimento das relações. Relata ainda, o desconhecimento das atividades realizadas por outros profissionais, sendo classificadas na superficialidade e generalização da percepção.

Outra questão interessante foi apontada pelo médico 2 ao falar sobre a dificuldade de trabalhar de forma multidisciplinar com o grupo da enfermagem, já que a divisão de tarefas fica muito extremada. De um lado aqueles que tomam a decisão e de outro os que executam.

Em relação à responsabilidade e autonomia no processo decisório, verifica-se uma tendência à dúvida na enfermagem e uma tendência à discordância no ambulatório. Esta foi uma questão que provocou uma forte mobilização por parte dos participantes, muitas vezes trazendo em paralelo a discussão a respeito da sobreposição de papéis.

O relato do enfermeiro 2 ao dizer que a autonomia é total dentro do mesmo grupo profissional, traz novamente à tona a questão da vinculação dos profissionais ao seu grupo de referência. Em vários relatos foi possível perceber uma hierarquização na responsabilização por erros e na tomada de decisão. Primeiramente é discutido dentro do grupo profissional e só depois é levado ao conhecimento da equipe como um todo, e além disto, as equipes dos mesmos grupos profissionais respondem a uma coordenação externa ao setor, de forma que existe uma homogeneidade e padronização nos procedimentos, enquanto categoria profissional, o que de certa forma acentua a questão cultural que serve como elemento desagregador e desestabilizador do grupo e além disso favorece a competição entre os especialistas e o estabelecimento de fronteiras do tipo nós-eles, criando obstáculos às práticas, já que exercem controle, ao mesmo tempo em que são controlados.

O que se verifica é que quando não existe a responsabilização coletiva, a divisão hierárquica aparece, desintegrando a equipe.

Outro dado interessante é a necessidade de auto-afirmação para conquista do espaço.

Sobre o processo de cooperação e predisposição para o fazer coletivo constata-se que na enfermagem houve uma tendência à concordância, enquanto que no ambulatório, é possível verificar uma tendência à dúvida.

Nas entrevistas, ao referirem-se especificamente sobre o significado do trabalho em equipe, os participantes tanto da enfermagem, quanto do ambulatório mostraram que não há uma visão consensual quanto a sua caracterização. Embora em todos os relatos tenha havido a sinalização de que o trabalho em equipe é objeto de reflexão por parte dos

profissionais, as questões trazidas ao debate a esse respeito mostraram-se bastante distintas, pouco compartilhadas e em alguns casos até mesmo contraditórias, acerca de alguns aspectos, como podemos observar nos relatos.

Em vários momentos das entrevistas ao me referir à equipe multidisciplinar, os entrevistados de diversas especialidades me perguntavam a qual equipe eu estava me referindo: à equipe médica, a equipe de enfermagem ou à equipe de saúde mental, como se a idéia de pertencimento à equipe fosse a do seu grupo de referência, mostrando claramente uma visão nós-eles, o que demonstra o não compartilhamento das ações, nem tampouco a articulação entre os saberes.

Percebemos ainda a existência de uma representação ideal de equipe e uma desconexão entre o que é idealizado e o que é de fato realizado.

Como podemos perceber os dois grupos aproximaram-se na percepção sobre o nível de satisfação e confiança, com uma leve tendência para a concordância. No entanto, o envolvimento e comprometimento não são suficientes para superar as dificuldades.

Todavia, também podemos observar uma queixa relativa a separação do pessoal de enfermagem dos demais profissionais, talvez pelas próprias exigências da profissão, muitas das vezes não possibilitando o surgimento de oportunidades para a formação e manutenção de pactos no grupo, ficando cada qual absorvido nas atividades próprias da sua profissão.

Discussão

Devido à produção limitada de pesquisas empíricas em solo nacional sobre as práticas das equipes de saúde, recorreremos a diversos estudos realizados em âmbito internacional, o que por um lado nos permitiu observar as tendências predominantes e os principais pontos de interesse e interlocução com as pesquisas desenvolvidas aqui. Contudo, mesmo considerando alguns elementos universais que balizam a preocupação e os esforços dos pesquisadores no sentido de compreender a complexidade do fenômeno,

sinalizando para as dificuldades, em parte promovidas pelos atributos pessoais e também por aqueles atinentes à própria formação do grupo, e em outra parte, por um sistema de ensino que ainda privilegia a construção do conhecimento de forma isolada, temos que destacar alguns elementos que são particularizados, próprios ao nosso sistema de saúde, principalmente os relativos aos agravos decorrentes da crise na produção da saúde. Este foi um dos grandes fatores apontados pelos participantes da nossa pesquisa, quando foram solicitadas sugestões para a melhoria do processo de trabalho em equipe. É relevante que diante de um quadro com condições estruturais ótimas para a realização do trabalho em equipe, a sua implantação e manutenção ficam mais facilitadas. No entanto, tivemos a oportunidade de verificar em diversas pesquisas elaboradas em países desenvolvidos, que apesar de terem condições satisfatórias para a sua plena realização, os problemas continuam, e em grande parte não diferem dos nossos problemas, o que demonstra que apesar de estarmos vivenciando uma grave e persistente crise no setor saúde, que se arrasta e se intensifica com o passar dos anos, são as próprias instituições de saúde que devem alavancar o seu papel social, através de uma transformação profunda nos seus processos internos de gestão, revertendo os resultados para a satisfação do usuário e o conseqüentemente atendimento às suas demandas em tempo hábil, visto que a adoção de práticas permanentes de investimento nos recursos humanos pode orientar uma mudança valorativa e nas atitudes, que contemplem uma participação mais efetiva, reduzindo os problemas potenciais.

Temos constatado através dos estudos realizados e também, comprovado com os resultados da nossa pesquisa, que a vida organizacional de uma unidade de saúde, muitas das vezes torna-se pouca harmoniosa, produzindo fragmentações e desequilíbrios que afetam a sua eficácia, provocados em parte, por fatores técnicos e em parte por fatores comportamentais os mais diversos. Os fatores que mais contribuem para isto são: a

intensa divisão do trabalho, não sendo considerada só como ponto de partida para definição de papéis e responsabilidades, mas, em paralelo utilizada como meio na distribuição de recursos como poder, influência, sendo responsável pelo isolamento entre os profissionais e ainda o intenso processo de especialização, responsável por diluir o conceito sistêmico do funcionamento organizacional, provocado por uma análise parcial e fragmentada da realidade. Além destes, ainda podemos citar as barreiras comunicacionais, a dominância da profissão médica, o não compartilhamento por parte de todos os integrantes que fazem parte de uma equipe multidisciplinar, pelo fato de ficarem presos ao seu grupo de referência, entre outros.

As evidências surgidas com os dados apontam para uma situação em que na enfermaria há um perfil mais consolidado de uma equipe multidisciplinar, enquanto que no ambulatório em geral, o perfil é de um trabalho em grupo, com exceção de algumas especialidades que estão tentando, em face das demandas das próprias patologias constituir um trabalho de natureza multidisciplinar. Fica claro, no entanto, a existência de fatores agravantes à ideal constituição de um trabalho em equipe. A hierarquização dos ditos saberes nucleares em relação aos saberes periféricos, a sobreposição de papéis, a falta de autonomia e falta de responsabilização coletiva.

Essa hierarquização dos saberes, embora negada pelos participantes em grande parte considerando ser tratar de uma condição já superada, em alguns relatos se mostrou ainda bem atuante, inclusive sendo responsável por uma demarcação de poder. No relato da psicóloga ao dizer que tem muito acesso aos médicos e que aprendeu como abordá-los já demonstra a sua percepção dessa desigualdade.

Em relação à sobreposição de papéis é importante destacar que só o fato de existir já demonstra uma abertura à constituição de um modelo de equipe multidisciplinar caminhando para um olhar interdisciplinar. A princípio a sobreposição de papéis pode

oferecer indícios para uma percepção de uma condição negativa e desfavorável à permanência do trabalho em equipe, mas por outro lado demonstra um grau de permeabilidade entre as rígidas fronteiras disciplinares e ressalta que a equipe está atenta a possuir outros olhares. O que ocorre, no entanto, é que muitas das vezes esta perspectiva de tentar ampliar o olhar e incorporar algo ao seu conhecimento traz efeitos que refletem uma condição de não amadurecimento da equipe para permitir e dosar essa invasão, transformando em um momento de aprendizagem, mas ao contrário ela tende a marcar uma rígida separação entre as disciplinas, e toda uma tentativa de preservação de espaço, de lutar pela permanência ou até mesmo conquista de um espaço que anteriormente era primazia do modelo biomédico. Na tentativa de equalizar e manter num nível horizontalizado as relações, diante da herança de um longo histórico que promovia uma desproporção entre os saberes nucleares e periféricos, priorizando o modelo biomédico, os profissionais tendem a mostrar uma luta para abrir o seu espaço e neste intuito, não admitem qualquer invasão. Esta situação é sem dúvida a mais clara contradição existente para a criação de uma equipe eficaz. É a nítida expressão de um campo de forças que impede a circulação de conhecimento na equipe, onde de um lado convivem forças impulsoras e por outro, forças restritivas, e dentro desta trama a existência de elementos grupais e individuais que se configuram em interesses antagônicos. Identificado este campo de forças, há a necessidade de busca pelo equilíbrio, para que a força considerada restritiva, possa ser minimizada e oferecer subsídios para que as forças impulsoras possam elevar o nível de atividade do grupo.

A partir dessas evidências consideramos que os propósitos descritos nos objetivos deste trabalho foram alcançados.

Cabe acrescentar que a produção de conhecimento sobre o trabalho em equipe gerado a partir da realização deste trabalho contribuiu de forma significativa para todos os envolvidos no seu processo de construção e

com certeza trará contribuições para pesquisas futuras.

Consideramos ainda que a necessidade de continuidade e ampliação das pesquisas neste segmento, com o mesmo objeto de análise pode acrescentar novos pontos de percepção e ampla geração de conhecimento que promovam discussões responsáveis por apontar novos rumos para o trabalho em equipe.

Agradecimentos

Esta pesquisa foi financiada pela FAPERJ (Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio de Janeiro).

Referências bibliográficas

Brasil. (1990). Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília.

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

Campos, G.W.S. (1992). *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec.

Cott, C. (1998). Structure and meaning in multidisciplinary teamwork. *Sociol. Health Illness*, 20, 848-873.

Drinka, T.J.K.; Clark, P. G. e Baldwin, D. C. (2000). *Health care teamwork: interdisciplinary practice and teaching*. Boston: Auburn House Publishing.

Hall, P. e Weaver, L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Med. Educ.*, 35, 867-875.

Hinojosa, J.; Bedell, G.; Bucholz, E.; Charles, J.; Shigaki I. e Bicchieri, S. (2001). Team Collaboration: a case study of an early intervention team. *Qualitat. Health Res.*, 11, 206-220.

Kumar, A. e Parkinson, G.M. (2001). *Relationship between am structure and interprofessional working at a medium secure unit for people with learning disabilities*. Vol. 5. (pp. 319-329). Londres: Sage Publications.

McCallin, A. (2001). Interdisciplinary practice a matter of teamwork: an integrated literature review. *J. Clin. Nursing*, 10, 419-428.

Romano, B.W. (1999). Equipe multiprofissional: é possível a inserção do psicólogo? Em: *Princípios para a prática da Psicologia em Hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Robbins, S. (2004). *Fundamentos do comportamento organizacional*. 7ª Ed. São Paulo: Pearson Education.

Spink, M.J. (2003). *Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Editora Vozes.

Sternas, K.; O'hare, P.; Lehman, K. e Mulligan, R. (1999) *Interdisciplinary health care teams*. Disponível no endereço eletrônico do Area Health Education Center: <http://dcahec.gwumc.edu/education/session3/models.html>. Acessado em 15/03/2004.

Tabela 1 – Anexo 1
Questionário

1- A proposta de trabalho da equipe é compreendida e aceita por todos.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

2- Em caso de erro em algum procedimento, os membros da equipe são responsabilizados de forma coletiva.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

3- Há um alto nível de entusiasmo, energia e compromisso pessoal.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

4- Existem reuniões periódicas.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

5- Existe intercâmbio de informações entre os membros da equipe entre uma reunião e outra.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

6- Os membros da equipe compartilham informações e conhecimentos.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

7- Há sobreposição de tarefas.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

8- Existe sobrecarga de trabalho para alguns profissionais.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

9- Prevalecem expressões de satisfação no ambiente de trabalho.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

10- Existe um ambiente de confiança para expor idéias ou propostas entre os membros da equipe.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

11- Os membros da equipe opinam sobre outras etapas do processo de trabalho que não estão diretamente vinculadas às suas tarefas.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

12- Há um ambiente de tensão e desconfiança quando surge um conflito.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

13- Há resistência por parte de alguns membros da equipe para entrar em um processo de negociação.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

14- Há respeito pelas diferenças de opiniões entre os membros da equipe.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

15- Os papéis dos membros da equipe são claramente definidos.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

16- Os conflitos são discutidos e resolvidos de forma aberta.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

17- A liderança da equipe é determinada pelo tipo de problema a ser resolvido.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

18- Há uma atitude de propor e atribuir prioridade aos temas de uma agenda de negociação.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

19- Quando se analisa um determinado problema, todas as etapas do processo de trabalho são consideradas.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

20- Existe divisão hierárquica na equipe.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

21- Nas reuniões existe espaço para avaliação da função e desenvolvimento da equipe.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

22- A equipe tem constante feedback sobre o seu desempenho.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

23- A equipe possui crenças e atitudes comuns.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

24- Existe suporte organizacional para o trabalho em equipe.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

25- Existe autonomia para a tomada de decisão individual.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

26- A proposição de alta hospitalar é feita de forma coletiva.

Discordo totalmente Discordo Em dúvida Concordo Concordo totalmente

Anexo 2**Roteiro da Entrevista**

- 1. Identificação profissional, ano de formatura e especialidade.**
- 2. Como ocorreu a inserção profissional na ocupação atual Quais os mecanismos formais e informais utilizados na seleção e no processo de socialização? Qual o vínculo institucional?**
- 3. Descrever as funções atuais e as atividades que são executadas diariamente, semanalmente, mensalmente, esporadicamente (descrever um dia de trabalho).**
- 4. Descrever as atividades que estão sendo realizadas por outros profissionais que se relacionam com as suas atividades.**
- 5. Descrever o trabalho em equipe?**
- 6. O que significa para você trabalhar em equipe?**
- 7. A sua equipe trabalha bem? Por que?**
- 8. Descrever as vantagens e desvantagens do trabalho em equipe.**
- 9. Descrever o grau de responsabilidade e autonomia de cada membro da equipe.**
- 10. Há hierarquia entre os profissionais?**
- 11. Existem limites à autonomia de cada profissional?**
- 12. Como as decisões são tomadas na equipe?**
- 13. Qual o grau de interdependência dos membros de sua equipe?**
- 14. No caso de haver algum erro, de quem é a responsabilidade? É individual ou coletiva?**
- 15. Você se lembra de algum fato que tenha comprometido o desempenho da equipe?**
- 16. Existe dominância de alguma profissão sobre as demais? Se afirmativa, por que isto ocorre?**
- 17. De que forma poderia ser reduzida?**
- 18. Existe sobreposição de papéis?**
- 19. Como é feita a comunicação entre os profissionais?**
- 20. Há reuniões entre a equipe? Como funcionam?**
- 21. Como os casos dos pacientes em termos de diagnósticos e prognósticos são comunicados a equipe?**
- 22. A seu ver como deveria trabalhar uma equipe para se tornar eficaz?**
- 23. A sua equipe se aproxima da equipe ideal? Por que?**
- 24. Quais os principais obstáculos à eficácia do trabalho da sua equipe?**
- 25. O que deveria ser feito ou quais as mudanças que deveriam ocorrer para que o trabalho da sua equipe se aproximasse da equipe idealizada?**