

O TRABALHO EM EQUIPE NO CONTEXTO HOSPITALAR: REFLEXÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Rodrigo Sanches Peres¹
Anna Claudia Yokoyama dos Anjos²
Marcus Alves da Rocha³
Audir Giordano Coelho Guimarães⁴
Gizelle Mendes Borges⁵
Kleber Galante Souza⁶
Mariana Guerra Pereira⁷

RESUMO: Neste artigo, discutiremos algumas questões referentes ao trabalho em equipe no contexto hospitalar, suscitadas a partir de um estudo de caso executado como parte das atividades da área de concentração “Atenção em Oncologia” do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. A realização do estudo de caso em questão apontou que a dinâmica do trabalho em equipe, quando fundamentada na diferença de cada especialista, enseja o estabelecimento da autonomia e o compartilhamento de responsabilidades. Mas o diálogo aberto e cooperativo entre todos é imprescindível para tanto. Não obstante, a realização do estudo de caso também colocou em evidência alguns obstáculos que se impõe ao trabalho em equipe. A hierarquia existente entre os profissionais que constituem a equipe representa um desses obstáculos, na medida em que envolve a delimitação da área de atuação e dos procedimentos que podem ser executados por cada um, assim como a defesa dos espaços conquistados e dos privilégios adquiridos.

PALAVRAS-CHAVE: Equipe de assistência ao paciente. Recursos humanos em saúde. Estudo de caso.

Teamwork in the hospital context: reflections from the experience of a multiprofessional residential program in health

ABSTRACT: In this article, we'll discuss some issues related to team work in the hospital context, arising from a case study implemented as part of activities in the area of concentration “Atenção em Oncologia” (Oncology Attention) of Multidisciplinary Residency Program in Health of the Hospital of Federal University of Uberlândia. The realization of a case study in question showed

¹ Doutor em Psicologia, professor do Instituto de Psicologia e tutor do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (rodrigo@fapsi.ufu.br).

² Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, professora da Faculdade de Medicina e tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (annaclaudia1971@hotmail.com).

³ Especialista em Semiologia pela Universidade de São Paulo, professor da Faculdade de Odontologia e tutor do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (marcusudi@gmail.com).

⁴ Enfermeiro, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (guimaraes555@yahoo.com.br)

⁵ Psicóloga, residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (gizelle.mendes@yahoo.com).

⁶ Psicólogo, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (klebergalante@hotmail.com).

⁷ Cirurgiã dentista, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (mariana_guerrap@hotmail.com).

that the dynamics of teamwork, when founded on the difference of each expert, gives rise to the establishment of autonomy and responsibility sharing. But the open and collaborative dialogue among all is essential to both. However, the achievement of case study also has highlighted some obstacles need to be teamwork. The hierarchy between the professionals who form the team represents one of these obstacles, in that it involves the delimitation of the area of operation and procedures that can be performed by each, as well as the defense of the conquered spaces and privileges acquired.

KEYWORDS: Patient care team. Health manpower. Case study.

Fatores gerais e específicos acerca do trabalho em equipe

A progressão do conhecimento científico contribuiu para a criação de novas profissões na área da saúde, como bem observa Silva (2003). Desse modo, parte da assistência à saúde dos indivíduos, exercida de forma hegemônica pelo médico até o início deste século, se tornou função de outros profissionais, os quais, para não representarem um simples aglomerado de ofícios diversos, devem se organizar e buscar sua inserção em equipes de saúde. Uma equipe de saúde pode ser definida basicamente como a associação de profissionais de formação distinta com o propósito básico de prover o cuidado de indivíduos em termos da saúde global dos mesmos (BRUSCATO et al., 2004). Nos últimos anos, o trabalho em equipe tem sido particularmente valorizado no contexto hospitalar, uma vez que a assistência a pacientes internados envolve a integração de práticas que demandam habilidades técnicas complementares.

O trabalho em equipe no contexto hospitalar destaca-se como um assunto de extrema relevância na atual conjuntura da área da saúde. Conforme Wallig e Souza Filho (2007), esse assunto é complexo, uma vez que são inúmeros os fatores capazes de influenciar o trabalho em equipe, sobretudo no contexto hospitalar. Bruscato et al (2004) agruparam esses fatores em 5 categorias gerais, a saber: a) fatores extra-hospitalares, b) fatores intra-hospitalares, c) fatores relativos ao trabalho, d) fatores relativos ao grupo, e) fatores relativos ao indivíduo. Além desses fatores gerais, existem certos fatores específicos, concernentes a cada uma das profissões de saúde, os quais serão contemplados a seguir, obviamente sem a pretensão de esgotá-los, considerando-se as particularidades do trabalho do cirurgião dentista, do psicólogo e do enfermeiro em equipe no contexto hospitalar.

Segundo Saar e Trevizan (2007), a concepção dos profissionais de saúde em relação ao papel do cirurgião dentista em uma equipe não é nítida. Ocorre que o mesmo é visto comumente como um profissional tecnicista, voltado, na maioria das vezes, ao trabalho no contexto ambulatorial. Indubitavelmente isso cria dificuldades para sua inserção no contexto hospitalar. Entretanto, como ressalta a Associação Brasileira de Odontologia (2008), a aceitação dos cuidados bucais como parte da promoção da saúde geral do indivíduo está em processo, de modo que cada vez mais é difundida a ideia de que a Odontologia se integra às demais áreas da saúde, inclusive no âmbito de uma equipe no contexto hospitalar. Nesta perspectiva, salienta-se que os cuidados odontológicos a pacientes internados são fundamentais para a manutenção da saúde bucal e para o bem-estar dos mesmos.

A exemplo do cirurgião dentista, o psicólogo ainda encontra dificuldades para se situar no contexto hospitalar. Em parte, isso ocorre porque, como observa Ribeiro (2005), existem diferenças importantes entre o trabalho do psicólogo em um hospital e em um consultório, as quais se organizam em três eixos distintos: o sujeito, o *setting* e a presença da morte. O autor esclarece que o sujeito, no contexto hospitalar, geralmente apresenta questões orgânicas como a principal temática do sofrimento, o que não é comum em um consultório. O *setting* é distinto porque o atendimento psicológico no hospital ocorre, muitas vezes, em um ambiente de privacidade comprometida e tem início a partir de encaminhamentos, e não de uma demanda espontânea. Além disso, no hospital a presença da morte é concreta, em contraste com o que ocorre em um consultório. Ou seja: para que possa trabalhar de forma resolutiva em uma equipe no contexto hospitalar, cabe ao psicólogo, antes de tudo, adequar suas práticas a um *locus* com especificidades importantes.

O enfermeiro, por sua vez, encontra-se inserido no contexto hospitalar desde a regulamentação da profissão. É preciso mencionar, inclusive, que, devido à particularidade de se estar presente 24 horas por dia no hospital, em contato íntimo e direto com os pacientes, o enfermeiro tem sido considerado um elo entre os demais profissionais de saúde. Porém, segundo Backes e Schwartz (2005), o trabalho do enfermeiro foi influenciado, ao longo dos anos, por contradições geradas por uma estrutura rígida, excessivamente especializada, com funções rotineiras e centradas em práticas executadas sem uma reflexão crítica. Hoje, contudo, o enfermeiro exerce as funções de gestor e facilitador do cuidado em saúde, de modo que necessita transitar pelos mais variados espaços relacionais e interacionais, junto aos pacientes e à equipe de saúde (GONÇALVES, 1992).

A Residência Multiprofissional em Saúde e o trabalho em equipe

Com o intuito de se promover condições necessárias para a alteração do modelo médico-assistencial restritivo vigente na atenção à saúde e, conseqüentemente, para a reorganização dos serviços oferecidos à comunidade de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, o Estado implementou como estratégia o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Criado a partir da Lei 11129/2005. O programa oferece vagas em diversas especialidades, visando à formação em serviço por meio do trabalho em equipe (LOPES; ROSA, 2010). Em uma iniciativa pioneira na região, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU) implantou, em fevereiro de 2010, seu Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia e com o Centro Universitário do Triângulo Mineiro.

O programa em questão tem como intuito, mais especificamente, formar profissionais capazes de, atuando em equipes, suprir as carências da rede de atenção à saúde em determinadas áreas de concentração, a saber: urgência e emergência, saúde mental, nutrição clínica, oncologia, cardiovascular, saúde da criança, reabilitação física e terapia intensiva. Trata-se de uma iniciativa de grande importância para a comunidade de Uberlândia e região, pois esses profissionais poderão contribuir tanto para a melhoria da assistência à população como para o desenvolvimento das instituições de saúde. Além disso, o programa poderá colaborar com o desenvolvimento científico, resultando no aprimoramento do ensino nos cursos de graduação e pós-graduação em Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia e Psicologia, cursos atualmente

envolvidos com o Programa (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, 2009).

Constituem a área de concentração “Atenção em Oncologia”, mais especificamente, residentes de Enfermagem, Odontologia e Psicologia. Estudos de caso são realizados em equipe por tais residentes como uma das atividades básicas do Programa. Vale destacar que o termo “estudo de caso” geralmente é utilizado na literatura científica para fazer referência a uma estratégia metodológica extremamente versátil, passível de utilização tanto na pesquisa quanto na assistência. Em linhas gerais, essa estratégia preconiza a análise em profundidade do objeto de investigação e reconhece o caráter unitário do mesmo (YIN, 1994; STAKE, 2000). Assim, a coleta de dados em um estudo de caso geralmente envolve a triangulação de métodos e fontes, considerando-se que certas nuances do objeto em questão – sobretudo em se tratando de seres humanos – podem ser melhores compreendidas dessa maneira.

Diante do exposto, conclui-se que a Residência Multiprofissional tende a viabilizar uma situação extremamente favorável para o trabalho em equipe mediante o estabelecimento, por meio da realização de estudos de caso, de um canal de comunicação potencialmente profícuo entre profissionais de saúde de formações distintas. Partindo desse princípio, discutiremos algumas questões referentes ao trabalho em equipe no contexto da saúde, as quais foram suscitadas a partir de um estudo de caso executado como parte das atividades da área de concentração “Atenção em Oncologia” do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

DESENVOLVIMENTO

A coleta dos dados necessários para a realização do estudo de caso foi empreendida mediante o emprego de parâmetros estabelecidos pela literatura científica em Enfermagem, Odontologia e Psicologia para a avaliação de pacientes hospitalizados. A abordagem do paciente ao qual se refere o estudo de caso foi realizada em conjunto pelos residentes. Os dados obtidos foram, então, sintetizados e discutidos em equipe ao longo de 10 dias, entre os residentes (10 reuniões), entre os residentes e seus tutores (2 reuniões), e entre os residentes e os demais profissionais de saúde lotados no setor onde o paciente se encontrava hospitalizado (2 reuniões). A partir dessas discussões, foram delineadas as intervenções multiprofissionais a serem realizadas.

Conforme Silva (2003), os membros de uma equipe devem buscar formas de organização do trabalho capazes de substituir o atual modelo, segundo o qual cada especialidade assume uma parte do processo de cuidado à saúde. A realização do estudo de caso demonstrou que essa busca é um imperativo, assim como colocou em evidência alguns obstáculos que a ela se impõe. A hierarquia existente entre os profissionais que constituem uma equipe tende a ser, ainda de acordo com a referida autora, um desses obstáculos, na medida em que envolve a delimitação da área de atuação e dos procedimentos que podem ser executados por cada um, assim como a defesa dos espaços conquistados e dos privilégios adquiridos. E essa tendência se expressou em nossa experiência, mais especificamente a serviço da delimitação da área de atuação por parte dos demais profissionais de saúde lotados no setor em que o paciente hospitalizado se encontrava.

Na prática, essa hierarquia pode se manifestar de diversas maneiras, ensejando disputas de poder – quer sejam elas veladas ou declaradas – no que se refere à tomada de decisão sobre as condutas técnicas. Romano (1999) esclarece que a discriminação hierárquica entre os membros de uma equipe surge essencialmente quando não se distingue *status* de função e, dessa forma, as relações de poder ocupam o lugar das especificidades de cada profissão. De fato isso ocorreu, em momentos pontuais, até mesmo entre os residentes. Contudo, a realização do estudo de caso apontou que a dinâmica do trabalho em equipe, quando fundamentada na diferença de cada especialista, enseja o estabelecimento da autonomia e o compartilhamento de responsabilidades.

Algumas dificuldades na comunicação entre os residentes e os demais profissionais de saúde podem ser entendidas como o resultado de uma tentativa de hierarquização indevida, a qual, em certo sentido, já era esperada. Afinal, o ingresso dos residentes no setor em questão, promovendo o compartilhamento da liderança nos processos decisórios, seria, em tese, capaz de conduzir à insatisfação de certos anseios individuais anteriormente satisfeitos. Mas essa situação pode ser manejada satisfatoriamente por meio de um diálogo aberto e cooperativo. Deve-se mencionar também que a sistematização da abordagem do paciente representou outro desafio à realização do estudo de caso, uma vez que confrontou os residentes com os limites de individualização de cada profissão.

Nossa experiência tornou patente também que, quando da ocorrência dos primeiros movimentos de efetivação do diálogo em uma equipe multidisciplinar, podem surgir:

[...] mal-entendidos ou dificuldades de comunicação decorrentes das diferenças de formação; dissonâncias cognitivas e crises de identidade profissional; sentimentos de impotência gerados pela sensação de que não se sabe nada, ou de onipotência, por achar que se tem que saber tudo; dúvidas ou inseguranças em relação ao exercício do papel profissional; sensação de estar sendo invadido ou espoliado de suas prerrogativas profissionais, ou de estar fazendo o mesmo com os outros etc. (SILVA, 2003, p.86).

As consequências de todos esses fenômenos podem resultar em prejuízos ao atendimento oferecido ao paciente, pois, como bem observam Tonetto e Gomes (2007), a integração do cuidado em saúde o torna mais sistemático e eficiente, além de menos oneroso. Ademais, a interlocução entre profissionais de diferentes áreas é capaz de ensejar o enriquecimento de cada um deles a partir do compartilhamento de diferentes pontos de vista. Evidencia-se, assim, a importância de se envidar todos os esforços necessários para a efetivação da multidisciplinaridade. Na atualidade, as circunstâncias são bastante favoráveis para que isso ocorra, já que muitos serviços de saúde contam com um conjunto diversificado de profissionais em condições de oferecer atendimentos de qualidade, como é o caso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde desenvolvido em Uberlândia.

É preciso salientar que algumas dificuldades encontradas na realização do estudo de caso em questão remetem a fatores específicos, concernentes a cada uma das profissões de saúde que integram a área de concentração “Atenção em Oncologia”. Por exemplo: de acordo com Tonetto e Gomes (2007), um dos desafios que atualmente se impõem para o psicólogo no contexto hospitalar é a revisão de seu papel, buscando-se com isso uma ampliação do alcance de suas práticas. Isso se torna evidente considerando-se que, atuando em uma equipe, o psicólogo muitas

vezes passa a ser uma espécie de mediador entre o paciente e os demais profissionais de saúde. Vale mencionar também que, com frequência, cabe ao psicólogo empreender ações voltadas à promoção da qualidade de vida da própria equipe, já que cada um dos profissionais que a compõem deve estar bem consigo mesmo para, então, cuidar melhor do outro.

A respeito do cirurgião dentista, cumpre assinalar que esse profissional, de acordo com Godoi et al (2009), tem a prerrogativa de atuar no hospital como consultor de saúde e como prestador de serviços, e, diante das alterações bucais que podem expor o paciente a um maior risco de infecção, existe a necessidade permanente de acompanhamento. Afinal, os cuidados odontológicos prestados a pacientes internados auxiliam na prevenção de infecções hospitalares relacionadas, sobretudo, ao sistema estomatognático, os quais interferem na recuperação dos mesmos, prolongando a internação e exigindo mais medicamentos e cuidados, além de ser fator causal de um número significativo de óbitos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA, 2007).

É preciso mencionar ainda que, por meio das portarias 2042/1996, 3407/1998 e 3432/1998, o Ministério da Saúde determina como obrigatória a presença do psicólogo em hospitais que dispõem de UTIs, executam transplantes de órgãos ou prestam atendimento a gestantes de alto risco. Já o Projeto de Lei 2776/2008 torna obrigatória a presença do cirurgião dentista nas equipes multiprofissionais das UTIs de hospitais públicos e privados. A existência dessas portarias e desse projeto de lei pode ser considerada paradoxal: por um lado, sinaliza que a inserção do psicólogo e do cirurgião dentista no contexto hospitalar tem sido cada vez mais valorizada; por outro, evidencia que essa inserção ainda depende de um processo de institucionalização formal, em contraste como o que ocorre com o enfermeiro.

Para o enfermeiro, por fim, vale mencionar que o trabalho em equipe representa um instrumento básico do cuidado em saúde, que demanda conhecimentos técnicos, científicos e administrativos, capacidade de adaptação a mudanças, criatividade, espírito de inovação e facilidade de relacionamento interpessoal. Nesse sentido, a formação de recursos humanos com habilidades diferenciadas é essencial. Todavia, a formação acadêmica do enfermeiro muitas vezes não contribui de forma direta para o desenvolvimento dessas habilidades. Ademais, é preciso salientar que, para se situar efetivamente em uma equipe, o enfermeiro deve, conforme Fortuna et al (2005), recriar seu próprio trabalho a partir da inserção em uma rede de relações de poderes, saberes e interesses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A execução do estudo de caso em questão aponta que a Residência Multiprofissional em Saúde tende a concretizar uma abordagem global do paciente, por meio da qual o mesmo é visto como um todo, em seus aspectos biopsicossociais. Essa abordagem viabiliza, inclusive, a interlocução entre profissionais de diferentes áreas, efetivando o trabalho em equipe e evitando, assim, a fragmentação do paciente decorrente do processo de especialização e promovendo um movimento de constante reflexão sobre a produção em saúde. E o maior beneficiário desse processo é o próprio paciente, fato esse que, indubitavelmente, representa a principal motivação para que todos os investimentos possíveis sejam feitos nessa empreitada.

Obviamente, nossa experiência até o momento no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Uberlândia ainda é incipiente. No que se refere, mais especificamente, à área de concentração “Atenção em Oncologia”, desafios importantes devem ser superados, sobretudo no sentido de viabilizar a evolução da multidisciplinaridade para a interdisciplinaridade, de modo a atingir uma maior articulação de ações e, como consequência, efetivar a superação das fronteiras de cada área profissional. Para tanto, há, conforme Bruscatto et al (2004), que se trabalhar em uma perspectiva de conjugação entre especificidade e flexibilidade. Trata-se de uma construção diária complexa. Todavia, o horizonte que atualmente se descortina pode ser considerado promissor.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA. A Odontologia chega à UTI. **ABO Nacional**, Porto Alegre, v. 15, n. 4, 2007. Disponível em: <<http://www.abonac.org.br/revista/85/materia-1.php>>. Acesso em: 15 jul. 2010.

_____. Caminhos para a Odontologia ocupar seu espaço. **ABO Nacional**, Porto Alegre, v. 16, n. 4, 2008. Disponível em: <<http://www.abo.org.br/revista/91/materia2.php>>. Acesso em: 15 jul. 2010.

BACKES D. S.; SCHWARTZ, E. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 4, n. 2, p. 182-188, 2005.

BRUSCATO, W. L. et al. O trabalho em equipe multiprofissional na saúde. In: BRUSCATO, W. L.; BENEDETTI, C.; LOPES, S. R. A. **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 33-41.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.

GODOI, A. P. T. et al. Odontologia hospitalar no Brasil: uma visão geral. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v. 38, n. 2, p. 105-109, 2009.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 1992.

LOPES, R. E.; ROSA, S. D. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação *lato sensu* no Brasil: apontamentos históricos. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 479-498, 2010.

RIBEIRO, V. Diferenças entre o atendimento psicológico em meio hospitalar e em consultório. **Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 14-16, 2005.

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SAAR, S. R. C.; TREVIZAN, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 106-112, 2007.

SILVA, L. B. C. Equipe multiprofissional em saúde: níveis de integração. In: OLIVEIRA, V. B.; YAMAMOTO, K. **Psicologia da saúde: temas de reflexão e prática**. São Bernardo do Campo: UMESP, 2003, p. 73-88.

STAKE, R. E. Case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 2000, p. 435-454.

TONETTO, A. M.; GOMES, W. B. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 89-98, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. **Projeto pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia**. Uberlândia, 2009.

YIN, R. K. **Case study research: design and methods**. Thousand Oaks: Sage, 1994.

WALLIG, J.; SOUZA FILHO, E. A psicologia hospitalar segundo médicos e psicólogos: um estudo psicossocial. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-62, 2007.

Submetido em 23 de junho de 2010

Aprovado em 30 de agosto de 2010