

RIO GRANDE DO SUL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESPECIALIZAÇÃO EM PRÁTICAS PEDAGÓGICAS E EDUCAÇÃO EM
SERVIÇOS DE SAÚDE

CARLA ROSSANA MOLZ MARIA

O trabalho em equipe na formação dos residentes de uma UTI:
potencialidades e dificuldades

Porto Alegre – RS

2010

CARLA ROSSANA MOLZ MARIA

O trabalho em equipe na formação dos residentes de uma UTI:
potencialidades e dificuldades

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Práticas Pedagógicas e Educação em Serviços de Saúde.

Orientador: Prof^a Dr^a Lisiane Bôer Possa
Local: UTI Hospital Nossa Senhora da Conceição POA/RS

Porto Alegre - RS

2010

“a força decisiva é a da motivação,
da consciência crítica e apaixonada, lúcida
e criativa de nossas razões de viver, a salvaguarda,
em cada homem e em todos os homens, do que lhe
é específico, o acréscimo de força que lhe vem da fé
na transcendência e no amor, únicos a fazerem de um
homem, quer dizer, um ser autônomo e solidário,
criador e responsável”.

GARAUDY, 1979

LISTA DE SIGLAS

GHC - Grupo Hospitalar Conceição

HNSC - Hospital Nossa Senhora da Conceição

RIS - Residência Integrada em Saúde

RM - Residência Médica

SUS - Sistema Único de Saúde

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	Introdução.....	4
2	Metodologia.....	9
2.1	Tipo de estudo.....	9
2.2	Técnica de coleta de dados.....	10
2.2.1	Revisão bibliográfica e documental.....	10
2.2.2	Observação.....	10
2.2.3	Entrevista semi-estruturada.....	10
2.2.3.1	Seleção da amostra.....	11
2.4	Análise de dados.....	12
2.5	Aspectos éticos.....	13
2.6	Divulgação.....	13
3	Explicitando um conceito: o trabalho em equipe.....	14
4	O trabalho em equipe: dificuldades e potencialidades.....	18
5	Estratégias utilizadas para o aprendizado do trabalho em equipe	28
6	Considerações finais.....	30
	Referências.....	33
	Apêndice 1- Roteiro de entrevista semi-estruturada	36
	Apêndice 2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	37
	Apêndice 3- Termo de Compromisso.....	38

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como tema o trabalho em equipe na formação dos residentes (médicos e multiprofissionais) em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital geral que atende em sua totalidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Porto Alegre. Trata-se de uma pesquisa exploratória, qualitativa, no intuito de identificar, a partir da visão dos preceptores, as potencialidades e dificuldades encontradas para que o trabalho em equipe seja objeto e prática na formação desses residentes.

O conceito de saúde mudou, e o jeito de pensar e fazer saúde também. Sabe-se que propostas de mudanças na formação em saúde no Brasil vêm sendo discutidas desde o final de década de 80, com a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi instituído no país a partir da Constituição Federal de 1988, incorporando princípios de universalidade, equidade, integralidade e participação popular, postulados pelo movimento da Reforma Sanitária e expressos na XIII Conferência Nacional de Saúde de 1986.

No entanto, a formação dos profissionais está baseada no modelo biomédico, fragmentado e especializado, o que dificulta a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença da população e também a intervenção sobre seus condicionantes. A fragmentação do conhecimento que orienta a formação inicial na maior parte dos cursos predispõe a mesma ocorrência na prática, o que cria obstáculos para a construção da integralidade da assistência (FEUERWERKER, 1998).

A concretização da mudança do paradigma de atenção em saúde está relacionada à formação e ao preparo dos profissionais para um agir eficaz, que não se limita à aquisição de conhecimentos, mas resulta da interação com o contexto social, buscando o desenvolvimento de competências estruturadas na ação (FAUSTINO et al, 2003). Desta forma, a reorganização do modelo tecnoassistencial do SUS, com base nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, resolubilidade, intersectorialidade, humanização do atendimento e participação social,

ainda constitui um grande desafio para todos os diversos atores sociais da saúde pública.

Feuerwerker (1998) considera que somente a experiência adquirida na prática pode contemplar a formação, pois é pela experiência clínica que o profissional se aproxima das pessoas que necessitam de cuidados de saúde (e não apenas da doença).

A inserção e a vivência propiciada pela residência na rede de serviços do SUS vêm sendo enfatizada e requerida, em face da premência de formar profissionais voltados para as necessidades de saúde do país (PINTO et al, 2007).

A residência é uma modalidade de educação profissional em ambiente de serviço, criada, a princípio, como estratégia de formação de recursos humanos na área médica, em meados do século XIX nos Estados Unidos, sendo que no Brasil iniciou em 1940 em São Paulo e no Rio de Janeiro (FEUERWERKER, 1998).

No Rio Grande do Sul, em 1976, foi criada a primeira Residência em Medicina Comunitária, na unidade sanitária São José do Murialdo, com a proposta de formar profissionais médicos com uma visão integrada entre saúde clínica, mental e pública, com perfil humanista e crítico e com competência para resolver as necessidades de saúde da comunidade (Brasil, 2006). Em 1978 a residência do Murialdo, pela preocupação com a educação em saúde e com o trabalho interdisciplinar, transformou-se em uma residência multiprofissional, incluindo outros profissionais da área da saúde em seu quadro de formação.

A partir de então, as residências foram constituindo-se nas unidades de saúde e escolas pelo país, tanto médicas quanto multiprofissionais. Em 2005 (decreto nº11.129) tem-se a regulamentação da residência multiprofissional incluindo as categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuando-se as médicas. Na tentativa de inclusão dos profissionais de saúde nessa forma de educação profissional [a residência], houve uma ruptura, uma separação entre os profissionais de saúde e os profissionais médicos.

Na época, por vários motivos, corporativos, políticos e econômicos, a residência multiprofissional ficou instituída para os profissionais da área da saúde que não sejam médicos, pois os médicos já possuíam sua modalidade de formação construída e não aceitavam modificar o contexto da mesma. Existia uma imposição – a residência multiprofissional só existiria se não incluísse os profissionais médicos.

Embora alguns atores defendessem que tivéssemos uma residência multiprofissional única - dotada de diversidades, que incluísse todos os profissionais com suas peculiaridades, mas com uma formação interdisciplinar, buscando o aprendizado do trabalho em equipe e a integralidade, baseando-se nas diretrizes do SUS - a organização e regulação unificada da formação dos profissionais de saúde se constitui, agora, de duas modalidades de residência, a residência multiprofissional e a residência médica.

Apesar dessa dicotomia, o Grupo Hospitalar Conceição aposta em uma modalidade de Residência Integrada em Saúde (RIS) que propõe a educação pós-graduada de caráter multiprofissional e interdisciplinar, desenvolvida em ambiente de serviço, fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma residência integrada em saúde por estabelecer a integração do Programa de Residência Médica com o Programa de Aperfeiçoamento Especializado envolvendo outras áreas profissionais. A formação contempla a interação entre trabalho e educação, propondo a integração de diferentes profissões que constituem uma equipe de saúde.

O trabalho está dividido em campo e núcleo, onde campo é o conjunto de saberes e responsabilidades comuns a várias profissões e, núcleo, os específicos a cada profissão. A Residência é, portanto, o ensino em serviço, capaz de atuar de forma interdisciplinar, na lógica do trabalho em equipe, levando em conta as características epidemiológicas e sociais da população (ESP/RS).

Infelizmente, essa é uma proposta que não atingiu seu principal objetivo: o aprendizado em equipe entre os residentes médicos e multiprofissionais nessa UTI. As residências têm objetivos e planos pedagógicos diferentes, ocorrem paralelamente como se fossem duas vias que não se cruzam. Este processo de

distinção produz tensão e disputa no que diz respeito à temática da formação de profissionais para o exercício do trabalho em equipe, justificando a relevância do mesmo como objeto de pesquisa.

Também é importante salientar que o trabalho em equipe com vistas à interdisciplinaridade está na pauta da formação e qualificação dos profissionais, sendo considerado de extrema importância a interação e a troca de conhecimentos a partir de princípios éticos e respeito nas relações entre profissionais de saúde e usuários dos serviços, com a intenção de construir um novo conhecimento que tenha impacto na resolução de problemas da população (SEIFFERT 2005, CHIRELLI 2002).

As diretrizes curriculares nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde postulam que a formação dos profissionais de saúde deve estar voltada para o sistema de saúde vigente no país [SUS], tendo como eixos a atenção integral à saúde e o trabalho em equipe (ALMEIDA, 2003).

Sabendo da importância do trabalho em equipe, que o mesmo é um aprendizado diário e que esse aprendizado é um dos objetivos no exercício da residência, surge a questão dessa pesquisa: investigar quais as dificuldades e potencialidades para que o trabalho em equipe seja objeto e prática da formação dos residentes médicos e multiprofissionais na UTI do HNSC.

O trabalho em equipe é dinâmico e pode se apresentar de duas formas: equipes de trabalho integradas ou equipes que expressam um agrupamento de profissionais (PEDUZZI, 2001). A autora refere-se à dificuldade de integração existente nas equipes de saúde, ainda fragmentadas pelos modelos de formação corporativistas e hierarquizados, modelos descomprometidos com as propostas de integralidade e democratização dos saberes tão necessários para realização do trabalho em equipe.

A realização do trabalho em equipe dentro de uma unidade de terapia intensiva (UTI), onde são realizados cuidados sistemáticos, protocolos baseados em tecnologias sofisticadas [chamadas tecnologias duras], torna-se ainda mais difícil. A

UTI abriga as residências médicas e multiprofissional e participa da formação de muitos profissionais que estão ingressando no mercado de trabalho e mostrando, a partir de suas práticas, as novas formas [ou não] de fazer saúde. Por isso a justificativa da realização desse trabalho exploratório, que buscou identificar as dificuldades e potencialidades da formação dos residentes para o trabalho em equipe nesse ambiente. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os preceptores desse universo, e os achados que surgiram nortearam o percurso desse trabalho, formando três capítulos; sendo o primeiro a concepção do trabalho equipe; o segundo, potencialidades e dificuldades para a realização do trabalho em equipe; e o terceiro, estratégias utilizadas para o aprendizado do trabalho em equipe.

Espera-se que os resultados encontrados fomentem uma reflexão maior sobre o tema e sirvam para a construção de estratégias que contribuirão para o aprendizado do trabalho em equipe no desenvolvimento dos residentes.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

A presente pesquisa constituiu-se a partir de um estudo de caso, exploratório e qualitativo, visando proporcionar maior familiaridade com um problema, com o propósito de torná-lo explícito ou de construir hipóteses (Gil, 1991). O estudo de caso na pesquisa qualitativa tem como objeto de investigação uma unidade que se analisa profundamente (TRIVIÑOS, 1987). O problema de pesquisa aqui apresentado justifica esta metodologia, visto que se pretendeu aprofundar o conhecimento sobre uma temática recente, tornando-se a consciência teórica de nossa prática de pesquisa, pois para Gramsci (1978), "todo o indivíduo ativo tem uma prática, mas não tem uma clara consciência teórica desta prática que, no entanto, é um conhecimento do mundo, na medida em que transforma o mundo".

O caso estudado trata da residência em intensivismo no GHC, mais especificamente a formação dos residentes na unidade de terapia intensiva do HNSC.

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é uma instituição que presta atenção à saúde pelo SUS, em totalidade, garantindo à sociedade um atendimento qualificado e humanizado, priorizado pelas reais necessidades da população. Suas ações seguem as diretrizes baseadas no SUS e nas políticas do Ministério da Saúde, com orientação estratégica do Governo Federal, reafirmando que a saúde é um direito constitucional (CARTILHA RIS 2009).

O GHC é formado por doze postos de saúde comunitária e por quatro hospitais, sendo um deles o Hospital Nossa Senhora da Conceição, que abriga a unidade de tratamento intensivo, localizada no 1º andar, e que dispõe de 28 leitos, sendo 24 clínicos e 04 de cuidados coronarianos.

Nessa unidade de terapia intensiva trabalham, atualmente, 221 funcionários, distribuídos nas seguintes profissões: auxiliares administrativos, técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e médicos.

2.2 Técnica de coleta de dados

Foi utilizada a triangulação de técnicas de coleta de dados, quais sejam: revisão de literatura e publicações existentes sobre o tema, documentos do Grupo Hospitalar Conceição e Ministério da Saúde sobre as residências, entrevistas semi-estruturadas (Anexo 1) com os preceptores da UTI HNSC, e a observação sistemática no campo.

2.2.1 Revisão bibliográfica e documental

Análise, identificação e seleção de referenciais teóricos que tratam dessa temática, bem como documentos, atos, diretrizes que se reportem às residências médicas e multiprofissional no GHC, além de legislação e políticas públicas vigentes no país. A fundamentação teórica também se baseou em de livros, periódicos especializados, artigos, informações na rede (Web - Medline, Scielo) sobre o tema residência e trabalho em equipe.

2.2.2 Observação

A observação é, para May (2001), um processo no qual um investigador estabelece um relacionamento multilateral e de prazo relativamente longo com uma associação humana na sua situação natural, com o propósito de desenvolver um entendimento científico daquele grupo.

A observação fez parte desse estudo, pois a autora trabalha no local de pesquisa, faz parte desse universo. Essa proximidade do grupo e ambiente pesquisado auxiliou na interpretação dos dados e correlações com a realidade.

2.2.3 Entrevista semi-estruturada

Segundo Minayo (1998), como técnica de coleta de dados, a entrevista permite revelar, por meio das falas, condições estruturais, valores pessoais, regras e símbolos, ao mesmo tempo em que explicita as representações de determinados

grupos em seu contexto histórico, social, econômico e cultural. A entrevista permite correções, esclarecimentos e adaptações, tornando mais eficaz a obtenção das informações desejadas, obtidas no diálogo que se estabelece entre o entrevistado e o pesquisador (Ludke, André, 1986).

De acordo com Severino (2007, p. 124), a entrevista permite ao pesquisador uma interação com o pesquisado, com o intuito de “apreender o que os sujeitos pensam, sabem, representam, fazem e argumentam”.

Para a investigação foram realizadas entrevistas individuais semi-estruturadas com os preceptores envolvidos na residência no ano de 2009.

As entrevistas foram gravadas em áudio com perguntas conforme roteiro - apêndice 1. A média de duração das entrevistas foi de 10 minutos. O local e a data da entrevista foram combinados com o entrevistado, conforme sua disponibilidade e garantia de privacidade, sendo que o período de coleta das entrevistas ocorreu entre 15 de maio e 23 de junho. A transcrição foi realizada pela autora.

2.2.3.1 Seleção da amostra

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é uma instituição que presta atenção à saúde em totalidade pelo SUS, garantindo à sociedade um atendimento qualificado e humanizado, priorizado pelas reais necessidades da população. Suas ações seguem as diretrizes baseadas no SUS e nas políticas do Ministério da Saúde, com orientação estratégica do Governo Federal, reafirmando que a saúde é um direito constitucional (CARTILHA RIS 2009).

O GHC é formado por doze postos de saúde comunitária e por quatro hospitais, sendo um deles o Hospital Nossa Senhora da Conceição, que abriga a unidade de tratamento intensivo, localizada no 1º andar, e que dispõe de 28 leitos, sendo 24 clínicos e 04 de cuidados coronarianos.

Nessa unidade de terapia intensiva trabalham, atualmente, 221 funcionários,

distribuídos nas seguintes profissões: auxiliares administrativos, técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e médicos, neste local é que se desenvolveu a pesquisa.

O universo de pessoas envolvidas diretamente com a formação de residentes são os preceptores, pois são responsáveis pelo planejamento pedagógico, avaliação e orientação desses residentes no campo. Na UTI do HNSC podemos identificar os preceptores: Enfermeiros (2); Fisioterapeuta (1); Nutricionista (1); e Médicos (3).

A escolha desses profissionais justificou-se, pois são os responsáveis por planejar, acompanhar e executar a formação dos residentes, considerando-os representativos no processo de formação que está em análise. Portanto, foram entrevistados os sete preceptores descritos acima que não foram identificados quanto as suas profissões na avaliação dos resultados, a fim de manter sua privacidade protegida.

2.3 Análise dos dados

A análise dos dados apoiou-se na técnica de análise de conteúdos, que teve como objetivo categorizar o conjunto de informações obtidas nas entrevistas. Como a pergunta dessa pesquisa é identificar os fatores que potencializam e dificultam o trabalho em equipe, para um primeiro levantamento, não havendo hipóteses prévias, a categorização identificou, a partir dos achados das entrevistas, documentos e observação, as potencialidades e dificuldades do aprendizado do trabalho em equipe na formação dos residentes da UTI adulto do HNSC. As questões de pesquisa foram:

- concepção e importância do trabalho em equipe;
- dispositivos, técnicas, estratégias para o desenvolvimento do aprendizado do trabalho em equipe na formação dos residentes;
- potencialidades existentes na UTI para desenvolver o trabalho em equipe na formação dos residentes;

- dificuldades existentes na UTI para desenvolver o trabalho em equipe na formação dos residentes;

2.4 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi apresentado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC e obteve aprovação em 15 de abril de 2010, quando se deu início à coleta das entrevistas (apêndice 2).

Os profissionais submetidos às entrevistas tiveram e terão garantido o sigilo de seus dados pessoais ou informações que de algum modo possam provocar constrangimentos ou prejuízos aos mesmos, ou seja, será garantido o anonimato do material ou dados obtidos. Além disso, os dados colhidos foram utilizados somente nessa pesquisa e serão armazenados em sigilo durante cinco anos e após serão destruídos.

Os entrevistados foram informados e esclarecidos sobre a pesquisa e o seu objetivo, quando foi fornecido o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 2) para leitura em duas vias, sendo fornecida, após a assinatura, uma via para o sujeito de pesquisa. Os sujeitos foram esclarecidos sobre a possibilidade de desistência da participação da pesquisa a qualquer momento.

2.5 Divulgação

A pesquisa realizada será apresentada para avaliação perante a Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Depois de aprovada, será encaminhada ao acervo do centro de documentação do Grupo Hospitalar Conceição, que é a instituição estudada, bem como disponibilizada a todos aqueles que fizeram parte da pesquisa. Pretende-se que os resultados sejam apresentados sobre a forma de artigo científico a ser publicado em revistas da área.

3 Explicitando um conceito: o trabalho em equipe

O trabalho em equipe tem muitos significados e contextualizá-lo na visão dos preceptores foi um dos objetivos desse estudo a partir da pergunta: qual a sua concepção de trabalho em equipe?

Pensar como, com quem ou com o quê, leva a compor o que se está produzindo [a partir daqui minhas percepções se misturam com os achados, pois faço parte do universo pesquisado e minha observação também gera resultados]. A resposta a essa pergunta traz muita inquietação, pois não se tem um modelo de trabalho em equipe; porém, não possuir um modelo a ser seguido faz pensar o quanto isso é rico e possibilita, permite criação e crescimento. Esse movimento de busca sinaliza e fomenta novas práticas de fazer saúde, quebrando paradigmas.

No decorrer das entrevistas percebeu-se que o trabalho em equipe já está instituído como objetivo dos preceptores, em sua totalidade, faz parte do discurso desses profissionais. Os preceptores entendem e valorizam a importância do trabalho em equipe em busca de uma ação de saúde mais completa e eficaz para o paciente:

“[...] tu tem um problema complexo para resolver, tu começa a te dar conta que tu realmente precisa de outras pessoas com olhares diferentes, a diversidade de profissionais que estão circulando naquele ambiente e a própria complexidade que é necessária para o atendimento” (E2).

“E essencial, faz diferença é benéfico para o paciente em todos os sentidos...” (E7)

“[...] as pessoas estão caminhando para cada vez discutir mais e cada um dar o seu ponto de vista, interdisciplinar, poder entender o que o outro profissional faz, pois para o cuidado do paciente ser bem feito tem que ter essa troca” (E3).

Como discurso pode-se entender, conforme Albano (2007,p.66), o “conjunto de todas as atuações verbais e de sequências de signos e enunciados, capazes de adotar uma modalidade própria de existência que dependem de um mesmo sistema ou regime de formação”. A noção de discurso vincula-se às relações de poder, pois “mostra que as coisas ditas não surgem conforme leis de pensamento e que não desempenham uma função de sinalização, mas que aparecem graças a um jogo de

relações que caracterizam um discurso” (ALBANO, 2007, p.74).

Segundo Foucault (2003, p.10) o discurso “nada mais é do que a reverberação de uma verdade nascendo diante de seus próprios olhos; [...], isso se dá porque todas as coisas podem voltar à interioridade silenciosa da consciência de si”.

O trabalho em equipe como um processo comunicativo fez-se muito presente nos relatos dos preceptores, a comunicação faz parte do conceito de trabalho em equipe, materializando-se nas expressões “trocar e ouvir”, sempre relacionadas à outros profissionais, ou seja, outros núcleos.

“Trabalho em equipe para mim é isso, é troca, é ouvir, é tirar dúvidas, é buscar a opinião do outro. É planejar em conjunto, é um plano terapêutico comum, porque a necessidade é de um doente só” (E2).

“Ter um olhar direcionado dependendo da sua especialidade, de sua profissão, de seu núcleo profissional, mas trabalho em equipe é poder trocar ideias dentre essas divisões e poder entender o contexto dos outros núcleos profissionais” (E3).

Afirmações corroboradas por Peduzzi (2001, p. 106): “a comunicação é concebida e praticada como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe”. O trabalho em equipe acontece no contexto das situações objetivas das práticas em saúde e consiste de uma modalidade de trabalho coletivo, mediado pela comunicação, que se estrutura nas relações recíprocas entre as várias intervenções técnicas e a interação dos diferentes profissionais e suas áreas específicas (Peduzzi, 1998).

O trabalho em equipe é um trabalho coletivo mediado por comunicação e interação entre os sujeitos. O re[conhecimento] do trabalho do outro e as possibilidades de articulação das ações desenvolvidas no intuito de uma integração de saberes e práticas interdisciplinares traduz-se aqui:

[...] dividir as tarefas, tentando respeitar que existem outros profissionais que estão dividindo o trabalho com o paciente, que tem formação em áreas de cuidados que são específicos dos pacientes, respeitando a opinião desses profissionais e o nicho de formação sempre estimulando que exista uma discussão científica entre todos os profissionais que convivem nesse espaço. O trabalho dentro da UTI tem que ser interdisciplinar, tem que envolver pessoas que tenham treinamento em outras áreas específicas que assim agente possa complementar e não haver uma disputa de

espaço”(E1).

O trabalho em equipe com vistas à interdisciplinaridade tem sido foco de atenção na formação e qualificação dos profissionais, sendo de extrema importância a interação e a troca de conhecimentos a partir de princípios éticos e respeito nas relações entre profissionais de saúde e usuários dos serviços, com a intenção de construir um novo conhecimento que tenha impacto na resolução de problemas da população (SEIFFERT, 2005, CHIRELLI, 2002).

Sendo assim, é desejável que a formação contribua para que os profissionais de saúde tenham um perfil generalista e crítico, que sejam preparados para trabalhar em equipe multiprofissional, atuando de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e visem à integralidade da atenção e ao enfrentamento dos problemas decorrentes da prática profissional.

A competência para reconhecer o papel de cada um na equipe, valorizar outros saberes, conhecimentos e opiniões, estar aberto para “trocar” com outros profissionais e agregar pessoas é indispensável para o trabalho em equipe, dito assim:

“O trabalho em equipe é todos se responsabilizando pelo paciente, então a visão de todos deve ser considerada no todo para a definição de condutas, isso é trabalho em equipe” (E4).

“ [...] é perguntar a opinião de cada um e fazer com que aquilo realmente tenha consideração e seja valorizado, não é perguntar o que tu acha, mas dizer que vai ser como eu decido” (E2).

A complementaridade dos saberes e planejamento de ações em conjunto traduz-se como concepção do trabalho em equipe, motivando a integralidade e o cuidado, contrapondo-se ao modelo biomédico e assistencial, como segue:

“Acho que trabalho em equipe é mais do que cada um fazer a sua parte independente se ela esteja sendo bem feita ou não, eu acho que o trabalho em equipe é quando as coisas acontecem em conjunto, é planejamento, é um plano terapêutico em conjunto”(E2).

“O *round* talvez seja o melhor momento em que o trabalho em equipe funciona, as pessoas param o seu fazer e discutem o seu fazer e chegam a um acordo. Tudo o que é feito entra por uma lógica e é uma lógica

integrada, então eu vejo o trabalho em equipe de dois jeitos, por categoria antes do *round*, e o trabalho em equipe de fato pós *round*, onde os objetivos vão ser comuns, por aplicação ao paciente respeitando as práticas individuais” (E5).

Conforme Oliveira e Spiri (2006), a concepção de trabalho em equipe está etimologicamente associada à realização de tarefas e trabalhos compartilhados entre os integrantes da equipe que, de forma coletiva, alcançam o sucesso para uma dada ação planejada.

O trabalho em equipe, com vistas à integralidade, é uma modalidade de trabalho solidário baseado numa perspectiva interdisciplinar que tem como desafio transpor as arrogâncias pessoais e a necessidade de exercer poder sobre o outro, reconhecendo a importância do papel de cada membro da equipe no processo de construção de uma prática efetiva e resolutiva (Saupe et al, 2005).

Pode-se concluir que, na visão dos preceptores atuantes nesta UTI, o trabalho em equipe é considerado como superação das disputas desses profissionais e predispõe a uma construção compartilhada do cuidado das pessoas. Ou seja, evidencia-se que o trabalho em equipe é um conceito em construção, que é importante para todas as categorias profissionais pesquisadas, e que para estes, o trabalho em equipe é dependente de comunicação e integração, respeito e simetria nas relações de trabalho. Também como referência desses entrevistados, observa-se a necessidade de complementaridade entre as categorias e seus saberes, abarcando toda a complexidade de um paciente crítico na intenção de um plano terapêutico em conjunto.

4 O trabalho em equipe: dificuldades e potencialidades

Nesse capítulo serão elencadas as dificuldades e potencialidades encontradas na visão dos preceptores para que o trabalho em equipe torne-se prática na formação dos residentes. Salienta-se que as dificuldades e potencialidades muitas vezes se atravessaram nesse caminho permeável, não como confusão, mas como descoberta. A fragilidade tornando-se uma potência e o que parece potência acaba fragilizando-se no processo.

A principal dificuldade apontada pelos profissionais envolvidos nessa pesquisa refere-se à história da saúde desde os primeiros tempos, da formação desses profissionais baseada em uma cultura hegemônica que ainda norteia as práticas de saúde, mas que a partir da Constituição de 1988 encontra novas ideias lançadas com a criação do SUS. Essa fragilidade na formação, que ainda reflete nas práticas de saúde atuais, recebe interferência dessas ideias inovadoras fomentando um movimento de transição. A reflexão abaixo esboça a identificação do problema e reconhece a importância das relações interdisciplinares e complementares nesse processo:

“Vejo como dificuldade do trabalho em equipe a própria formação das pessoas, especialmente dentro da minha área em que historicamente o médico lidera, comanda a equipe, as opiniões do médico sempre são definitivas sobre todas as coisas, e o médico não tem o hábito histórico de questionar as decisões. O médico residente em geral vem desse meio, com esse conceito, essa dificuldade que eu vejo. O trabalho dentro da UTI tem que ser interdisciplinar, tem que envolver pessoas que tenham treinamento em outras áreas específicas que assim agente possa complementar e não haver uma disputa de espaço” (E1).

“Eu acho que tem muita dificuldade dos próprios preceptores de ensinar o trabalho em equipe, em geral os residentes são bem abertos a trabalhar com outras equipes multidisciplinares, acho que a resistência é mais dos próprios contratados do que dos residentes e isso é uma dificuldade importante” (E4)

A formação dos profissionais está baseada no modelo biomédico, fragmentado e especializado, o que dificulta a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença da população e também a intervenção sobre seus condicionantes. A fragmentação do conhecimento que postula a formação inicial na maior parte dos cursos predispõe a mesma ocorrência na prática, o que cria obstáculos para a construção da integralidade da assistência (FEUERWERKER,

1998).

Rivera (1996 e 2003) propõe uma aproximação entre o conceito de cultura institucional e o conceito *habermasiano* de mundo da vida, à medida que ambos se configuram com base em três componentes ou dimensões do mundo: a cultura (que armazena tradições historicamente construídas pelas gerações anteriores), a sociedade (que nos fornece o contexto normativo no qual agimos) e a personalidade dos participantes (na qual se encontram as competências individuais para a comunicação). O mesmo autor refere que as instituições são reguladas sistematicamente por ambas as tradições, as que compõem o mundo da vida e as que integram a cultura institucional, concebidas como conjunto de configurações simbólicas ancoradas historicamente.

Desta forma, salienta-se que cultura institucional, a organização do serviço e as características individuais de cada profissional, como sua história e sua formação específica, muitas vezes influenciam as relações de trabalho na equipe saúde (Fortuna et al, 2005).

Uma das dificuldades encontradas ainda é a hierarquização de poderes entre as profissões e a concentração de autonomia num mesmo profissional, reforçando a tradição do modelo hegemônico que produz sensação de subordinação, impedindo a integração da equipe. Exemplificado nessa afirmação:

“E essencial, faz diferença é benéfico para o paciente em todos os sentidos, mas acho que ele deve ter no médico uma pessoa que consiga conciliar várias opiniões, harmonizá-las para que aquilo que se discutiu, que se opinou seja em benefício do paciente, quando isso não acontece, eu acho que não ajuda o trabalho em equipe” (E7).

Oliveira (2000) alerta que um líder dentro da equipe pode favorecer a passividade dos demais membros e sugere um “revezamento” da liderança entre todos os profissionais como uma forma de evitar a acomodação.

O trabalho em equipe na formação dos residentes dessa unidade de terapia intensiva está longe do ideal, se é que esse “ideal” existe. Sabe-se que é objetivo da maioria dos preceptores que o trabalho em equipe estabeleça-se na formação dos

residentes, porém, entre o saber e o fazer, entre a teoria e a prática, tem-se muito a construir. O processo de formação deve ser articulado com o mundo do trabalho, rompendo a separação existente entre teoria e prática (CHIRELLI e MISHIMA, 2003). É reconhecido por todos [os envolvidos no estudo] que o serviço não tem como prática o trabalho em equipe, efetivamente, como podemos identificar abaixo:

“O serviço tem que oferecer uma estrutura de aprendizado, a maior dificuldade é o serviço, eu acho que nosso serviço não tem um trabalho em equipe ideal, então se o serviço não se organiza e não trabalha em equipe, como o residente vai desenvolver esse aprendizado, se aqui não se faz dessa maneira, ele não encontra um trabalho em equipe para poder trabalhar em equipe” (E2).

“As residências acabam ficando muito dentro do seu núcleo, dentro da sua especialidade. Os profissionais são treinados por especialidade e ainda estamos num processo muito incipiente de troca entre as categorias e o residente acaba não experienciando, pois isso não existe entre os profissionais contratados” (E3).

“Eu acho que a maior dificuldade que tem é os próprios profissionais contratados não saberem trabalhar em equipe. Na verdade acaba cada núcleo trabalhando, o residente aprende e consegue trocar muito no seu núcleo, mas ele não consegue fazer troca entre os núcleos por uma dificuldade dos profissionais do local não trabalham trocando entre os núcleos. As residências acabam ficando muito dentro do seu núcleo, dentro da sua especialidade” (E3).

Feuerwerker (1998) valoriza a experiência adquirida na prática para completar a formação, pois é pela experiência clínica que o profissional se aproxima das pessoas que necessitam de cuidados de saúde e não apenas da doença.

Araújo e Rocha (2007) afirmam que os profissionais da saúde não podem ficar presos em suas especialidades [saberes e práticas de seu campo], pois limitam o processo de trabalho à aplicação das estruturas rígidas de conhecimento técnico.

Todos os trabalhadores em saúde possuem potenciais de intervenção nos processos de produção em saúde, de competência de núcleo profissional e de núcleo cuidador, quer seja esse trabalhador um médico ou um arquivista (Merhy,1995).

Seiffert (2005) considera que os profissionais da saúde têm a necessidade de

uma formação que enfatize não apenas a dimensão técnica, ou seja, o conhecimento especializado, mas que contemple a dimensão social do processo saúde-doença, reconhecendo a importância do trabalho em equipe e do atendimento às demandas da comunidade.

A mudança da organização do modelo tecnoassistencial do sistema de saúde atual, baseada nos princípios do SUS [universalidade, integralidade, equidade, resolubilidade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social], constitui um grande desafio aos atores da saúde pública. A partir da década de noventa, diversas propostas foram implantadas na construção do sistema de saúde nacional, unidas às políticas públicas em torno da reorganização da atenção básica em saúde, orientada, principalmente, pelo Programa de Saúde da Família (SILVA, MASCARENHAS 2004).

Outra dificuldade apontada é que a residência integrada é um processo relativamente novo e ainda não está bem apropriado pelos profissionais que trabalham dentro da UTI, dificultando o fluxo das práticas e a efetivação do trabalho em equipe, assim dito:

“[...] a medida que esse processo esta evoluindo e ainda historicamente é um processo recente (RIS) – cinco, seis anos isso é muito recente para mudar a cultura, mas eu vejo que isso esta modificando ao longo desse tempo” (E1).

“[...] falando da residência integrada que é relativamente nova 2004, ainda tem profissionais que não tem entendimento da proposta da residência, não sabem o que eles (os residentes) estão fazendo aqui, não sabem nem que eles são formados, então como se insere uma residência num serviço que não reconhece o papel deles no local da residência, eles não sabem o que o residente pode ou deve fazer, tem uma equipe que não entende muito bem o que o residente vem em busca” (E2).

“A falta do conhecimento de cada papel específico dos profissionais que compõe a equipe multidisciplinar da UTI” (E7).

Por ser um programa recente e possuir fragilidade, potencializa, uma vez que a RIS traz em seus planos uma concepção de fazer saúde inovadora, baseada nos princípios do SUS. O trabalho em equipe é um dos principais objetivos da residência integrada e está presente de forma intensa em seus documentos. Trago como exemplo de conteúdo parte do Projeto Político Pedagógico de 2010 (disponível em

<http://www2.ghc.com.br/GepNet/docsr/s/risprojeto.pdf>):

“A formação em serviço, desenvolvida sob a ótica da interdisciplinaridade e da humanização da atenção, visa a propiciar uma melhor atenção à saúde dos/as usuários/as que vierem a necessitar do atendimento desses/as profissionais, além de melhorar a qualidade de vida de todos – dos/as usuários/as dos serviços, que serão vistos em sua integralidade; dos/as profissionais de saúde em formação, ao aumentarem sua capacidade de diálogo e alcançarem uma compreensão ampliada da realidade; e dos/as orientadores/as da RIS/GHC, ao ampliarem as possibilidades educativo-participativas do trabalho em saúde. A formação na RIS/GHC pressupõe o trabalho em equipe como fundamental por permitir o envolvimento de uma maior gama de possibilidades de pensar as intervenções em saúde. É preciso compreender que existem limitações em relação aos campos de conhecimentos específicos dos/as profissionais de saúde, bem como reconhecer que nenhum campo de saber pode dar conta das diversas dimensões que estão envolvidas no cuidado de cada pessoa. O trabalho em equipe, nesse sentido, abre-se para a interdisciplinaridade e para o fato de que, somente com a integração desses vários saberes, poderemos realmente nos aproximar da multidimensionalidade dos sujeitos envolvidos e do contexto em que eles estão inseridos. Pensamos o trabalho em equipe como regido por posturas éticas claras e discutidas entre os seus membros, com o estabelecimento de compromissos de solidariedade e cooperação em relação aos/às colegas, aos/às usuários/as dos serviços e à instituição como um todo.”

A Residência Integrada em Saúde (RIS) é uma modalidade de educação pós-graduada de caráter multiprofissional e interdisciplinar, desenvolvida em ambiente de serviço, fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma residência integrada em saúde por estabelecer a integração do Programa de Residência Médica com o Programa de Aperfeiçoamento Especializado envolvendo outras áreas profissionais, entre elas, a Enfermagem. A formação contempla a integração entre trabalho e educação; a integração de diferentes profissões da saúde como equipe de saúde (campo e núcleo de saberes e práticas profissionais em articulação permanente) e a integração entre ensino, serviço e gestão do SUS (ESP/RS 2002).

O trabalho está dividido em campo e núcleo, onde campo é o conjunto de saberes e responsabilidades comuns a várias profissões, e núcleo, os específicos a cada profissão. A Residência é, portanto, o ensino em serviço, capaz de atuar de forma interdisciplinar, na lógica do trabalho em equipe, levando em conta as características epidemiológicas e sociais da população (ESP/RS 2002). As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129, de 2005, são orientadas pelos princípios e diretrizes

do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2009).

Analisando os documentos disponíveis da residência médica no site do GHC (www.ghc.com.br) não se encontra o trabalho em equipe citado como objetivo ou prática, embora o trabalho em equipe faça parte do discurso de seus integrantes, indicando assim sua presença no currículo oculto dessa categoria profissional. Segundo Silva (2001:78), “o currículo oculto é constituído por todos aqueles aspectos do ambiente escolar, que sem fazer parte do currículo oficial, explícito, contribuem, de forma implícita, para aprendizagens sociais relevantes [...] o que se aprende no currículo oculto são fundamentalmente atitudes, comportamentos, valores e orientações [...]”.

A ausência teórica do trabalho em equipe no programa da residência médica é visto, aqui, como uma fragilidade, pois a falta de reflexão sobre o tema resulta em posturas individuais, no caso dos residentes.

A residência médica foi instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o “padrão ouro” da especialização médica. O mesmo decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica. O Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão “residência médica” só pode ser empregada para programas que sejam credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (BRASIL, 2009).

A partir dos documentos e da história desses dois programas de residência, pode-se observar o quanto estão afastados seus conceitos e seus objetivos, apesar de transitarem por nosso sistema de saúde, no nosso local de trabalho (UTI),

educando práticas de profissionais que farão o futuro da saúde no país. Esse distanciamento pedagógico também reflete nas práticas diárias, como a fala abaixo:

“A residência médica esta muito afastada dos outros núcleos existem *rounds* que participamos mais, outros não, depende dos preceptores que estão envolvidos tem-se mais abertura ou não para discussão, os *rounds* perdem a característica de discussão” (E6).

Nesse momento e nesse lugar, essas diferenças, embora ainda presentes, estão sendo diluídas por uma nova ideia, um novo jeito de sentir saúde e existe a possibilidade de integração desses programas. Ao menos na prática, seus atores manifestam o desejo de encontro:

“Eu acho que agente tem melhorado o nosso trabalho em equipe ao longo dos últimos anos especialmente a relação da RM com a RIS, a medida que esse processo esta evoluindo e ainda historicamente é um processo recente - seis anos- isso é muito recente para mudar a cultura, mas eu vejo que isso esta modificando ao longo desse tempo. Acho que o convívio, a divisão do espaço tem melhorado ao longo do tempo, eu acho que no inicio foi mais complicado, as pessoas entenderem que tem outros profissionais que estão chegando, que tem outra formação a complementar, que tem opinião, formação sobre os assuntos que os pacientes internam dentro da unidade de terapia intensiva, eu acho que isso vem melhorando, eu acho que só o tempo, atividades conjuntas, oportunidades para que as pessoas possam trocar informação é que vão melhorar, e o exemplo que nós mais antigos que entendemos a necessidade desse processo, a importância desse processo, temos que dar, nos lançando como exemplo” (E1).

“Fazer com que eles entendam o que é de fato o trabalho em equipe, se tem um *round* de uma determinada categoria profissional, vou me inserir neste *round*. Vamos trocar. Tentar fazer com que eles façam na prática talvez aquilo que a gente não consiga fazer. O residente aceita um pouco mais, parece. Como ele vem em formação, o residente perguntando, tirando uma dúvida com outra categoria diferente da sua parece que flui melhor, pois ele está num processo de aprendizado, diferente daquele profissional que está ali. Propor espaços de aprendizagem juntos, estudos de caso, no dia-a-dia, sem se inserir no *round*, propor planejamento, discutir as dúvidas, facilitar o aprendizado do trabalho em equipe” (E2).

“Acho que os residentes em geral de todas as residências do hospital, inclusive da fisioterapia, nutrição, etc., eles conseguem, eles procuram e se dão bem entre eles, não vejo uma maior dificuldade, então isso facilita com que eles trabalhem em equipe, volto a dizer que a maior dificuldade ainda está nos profissionais contratados isso é uma potencialidade que precisa ser desenvolvida” (E4).

“Existe, tem que existir essa integralidade do cuidado e a multidisciplinaridade, então o trabalho, as pessoas estão caminhando para cada vez se discutir mais, e cada um dar o seu ponto de vista, interdisciplinar, poder entender o que o outro profissional faz, pois para o cuidado do paciente ser bem feito tem que ter essa troca. Então existe um grande potencial” (E3).

Nesse sentido, também se pode aproveitar da teoria de Habermas o

entendimento de que as tradições culturais, mesmo que condicionem fortemente as ações dos sujeitos e o funcionamento do serviço, podem ser questionadas a partir do exercício de um discurso crítico, da argumentação mútua livre de coação (HABERMAS, 2001).

A complexidade e a diversidade encontradas num ambiente de terapia intensiva são apontadas como potencialidades para que o trabalho em equipe aconteça. Assim descreveram os entrevistados de uma forma geral, v.g.:

“Temos diversas categorias trabalhando num mesmo espaço, essa diversidade, existe uma equipe multiprofissional, tem várias profissões, o que falta é interligar, eu acho que uma potencialidade é isso, o número e a diversidade de profissionais, acho que isso é uma vantagem grande, a proximidade da área, as relações, a própria complexidade dos nossos pacientes, eu vejo como uma potencialidade para o trabalho em equipe. Tu tens um problema complexo para resolver, tu começa a te dar conta que tu realmente precisa de outras pessoas com olhares diferentes, a diversidade de profissionais que estão circulando naquele ambiente e a própria complexidade que é necessária para o atendimento” (E2).

“A diversidade de campo, a rotina que muitas vezes atrapalha traz uma diversidade de realidades, ela incentiva, impõe para o residente e para o preceptor desafios diários de aprendizagem” (E5).

O fato das necessidades de saúde expressarem múltiplas dimensões demanda ações que não podem se realizar por ações isoladas de um único agente, necessitando-se de recomposição dos trabalhos especializados tanto no interior de uma mesma área profissional como na relação interprofissional (SCHRAIBER, PEDUZZI, 1999).

Peduzzi (2001), entende que para a equipe alcançar algum grau de integração, é necessário que seus componentes, cada um deles e todos de forma compartilhada, invistam na articulação das ações em saúde. Essas ações não se articulam de forma automática. O profissional precisa reconhecer e colocar em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas, pertinentes ao seu próprio processo de trabalho e às ações executadas pelos demais integrantes da equipe.

O encontro dos profissionais para a execução de um planejamento

terapêutico comum é uma potencialidade a ser discutida com a equipe, visualizada como uma ferramenta para o desenvolvimento do trabalho em equipe em nossa UTI.

“O plano terapêutico em conjunto é uma coisa que agente não faz, um profissional traça o plano, alguns tentam contribuir de alguma forma, mas agente não traça junto, cada profissional tem uma visão diferente, cada profissional faz o seu plano, um mesmo usuário tem diversos planos. Parece que agente só senta para conversar quando alguma coisa deu errada, quando meu plano interferiu no teu” (E2).

Nessa seção, contemplaram-se as dificuldades e potencialidades inerentes do processo do trabalho em equipe na visão dos preceptores desta unidade de terapia intensiva. A maior dificuldade verificada foi a própria formação dos profissionais de saúde baseada num modelo hegemônico biomédico que reflete até hoje nas práticas de saúde. Em contrapartida, viu-se que esses profissionais manifestam um discurso inovador, valorizando a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe.

Destacada como dificuldade também é observada a organização do serviço [dos processos de trabalho, dos fluxos, das normativas e da estrutura organizacional] que se reproduz e constitui uma prática no cotidiano desses profissionais. O processo de trabalho organizado a partir de recortes formativos de cada núcleo profissional, das ações isoladas e justapostas dos preceptores [de médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas] na atenção ao usuário, que se reproduzem na formação e aprendizagem do que e como fazer dos residentes.

Salienta-se, no entanto, a crítica a esse processo de novos modos de atuação, centrados nas demandas de cuidado dos usuários e no encontro de saberes e dos diferentes profissionais. Esse novo fazer é explicitado pelos preceptores no plano da RIS, constituindo-se objeto de reflexão do processo formativo destes profissionais, considerado, assim, uma potencialidade para o aprendizado do trabalho em equipe.

Da mesma forma, a ausência de qualquer referência ao trabalho em equipe no plano pedagógico da RM constitui-se uma dificuldade, visto que esse aprendizado mantém-se no universo do currículo oculto, ou seja, aprende-se a partir do que está dado nos processos de trabalho, reproduzindo-se a cultura institucional

[padrões de condutas existentes] que como já exposto por alguns preceptores é de justaposição de ações profissionais hierarquizadas.

Portanto, o distanciamento teórico-pedagógico e de práticas formativas dos dois programas de residência (RIS e RM) é uma dificuldade encontrada para o aprendizado do trabalho em equipe [simétrico e centrado no usuário].

Foram sinalizadas como potencialidades para a construção do trabalho em equipe a complexidade do cuidado requerido pelas pessoas internadas na UTI, a grande diversidade das tecnologias à disposição e a existência de várias categorias profissionais, fatores esses que demandam ações conjuntas, complementares e articuladas dada a realidade complexa da UTI.

5 Estratégias utilizadas para o aprendizado do trabalho em equipe

Ao discorrerem sobre as estratégias utilizadas para o aprendizado do trabalho em equipe fazer parte da formação dos residentes, ficou bem evidente a busca pelas tecnologias leves nesse ambiente [duro] no qual exercemos nossas práxis.

Merhy (1997) distinguiu três tipos de tecnologias presentes no trabalho em saúde: as “tecnologias duras” - representadas por máquinas, equipamentos e saberes estruturados; as “tecnologias leve-duras” - que se referem ao conhecimento técnico e ao modo como o trabalhador o aplica no cuidado ao paciente; e as “tecnologias leves” – que dizem respeito às relações, à maneira de ser e a atitude do profissional, com suas intencionalidades e subjetividades, no contexto do trabalho em ato.

“Desenvolver esse olhar integral do paciente mesmo quando estou com outro residente de outra profissão, tentar fazer com que ele consiga trocar, que ele busque também isso, não esperar passivamente que o profissional do local vá fazer essa troca, mas que ele, enquanto residente, já profissional, também possa estimular esse crescimento, essa troca e não enxergar o paciente como um fragmento, não encapsular o paciente em várias caixinhas” (E3).

“É quanto nós podemos exercitar a escuta em relação ao paciente, a escuta em relação ao olhar do outro profissional na minha rotina, nós ainda não conseguimos incorporar as rotinas e conhecimentos de outras áreas na nossa área específica e isso é uma grande potencialidade. A gente conseguir olhar o paciente com um aspecto mais abrangente, sem perder o foco na sua categoria profissional. Outro grande desafio é impedir que a tecnologia vença a clínica, o paciente é soberano, o que o paciente fala é soberano” (E5).

Silva e Sena (2008) corroboram este achado ao expor que a formação profissional - inicial e de pós-graduação - não pode ter como referência apenas a doença, o diagnóstico e o tratamento, mas deve estimular uma compreensão ampliada das necessidades de saúde, com vistas à integralidade do cuidado. Para o estabelecimento de uma relação efetiva de cuidado integral é essencial que o profissional ‘saiba mais ser do que conhecer’, tendo envolvimento com as pessoas e uma postura ética (Oliveira, Marcon, 2007).

A integralidade, na sua multiplicidade de sentidos que designam atributos e valores acerca das características desejáveis do sistema de saúde e das práticas de

saúde, contrapondo-as ao modelo biomédico, no qual a assistência consiste fundamentalmente na busca da doença que causa o sofrimento de cada sujeito e na aplicação de tecnologias que combatam a doença (MOTTA, 2003, 2004), é uma das estratégias apontadas como potencialidade para o trabalho em equipe. O cuidado de forma integral exige uma equipe multidisciplinar que atue em conjunto, interdisciplinarmente, planejando suas ações e interligando suas práticas, em benefício do paciente ou demandas de saúde.

As possibilidades para a efetivação do trabalho em equipe também se encontram nos espaços de aprendizagem em comum, *rounds* e atitudes de exemplo para os residentes.

“Propor espaços de aprendizagem juntos, estudos de caso, no dia-a-dia, se inserir no round, propor planejamento, discutir as dúvidas, facilitar o aprendizado do trabalho em equipe” (E2).

“O que eu tento quando estou na UTI é desenvolver essa troca de experiência, essa troca de pontos de vista e tentar desenvolver esse olhar integral do paciente, mesmo quando estou com um residente de outra profissão” (E3).

“Fazer com que eles visualizem a nossa dificuldade em trabalhar em equipe não deixa de ser uma estratégia. Mostrar para eles que trabalho em equipe não são vários profissionais trabalhando em um mesmo ambiente” (E2).

“Exemplo de respeitar as outras pessoas de tentar integrar os outros profissionais dentro da minha atividade, dentro da discussão dos casos, escutando essa opinião, solicitando as pessoas para que emitam suas opiniões, dando exemplo para o residente de que eu respeito essas pessoas, e isso, estimulando para que todos os profissionais envolvidos no cuidado com o paciente estudem se dediquem e procurem seu crescimento” (E1).

Observa-se que as estratégias utilizadas situam-se num contexto de aproximação e de aprendizado que foram identificadas a partir de trocas informais, que ainda são dependentes das implicações individuais, participação em “rounds” e atividades de reflexão teórica de campo. Nota-se que não existem ações, processos, normativas ou fluxos institucionalizados para o desenvolvimento do trabalho em equipe. As ações desenvolvidas são tentativas em busca do exercício do trabalho em equipe, uma tentativa de aprendizado, experimentando formas para alcançar o desejado: uma equipe multidisciplinar que trabalhe de uma forma interdisciplinar, valorizando e respeitando a opinião dos atores desse processo e, principalmente, reconhecendo o ator principal: a pessoa que estamos cuidando.

6 Considerações finais

Essa abordagem com pretensão teórica e empírica trata-se de uma pesquisa qualitativa sobre trabalho em equipe na formação dos residentes de uma unidade de terapia intensiva de um hospital que atende em sua totalidade pelo Sistema Único de Saúde.

O trabalho em equipe já está instituído como objetivo dos preceptores, em sua totalidade, faz parte do discurso desses profissionais. Os preceptores entendem e valorizam a importância do trabalho em equipe em busca de uma ação de saúde mais completa e eficaz para o paciente.

O processo comunicativo fez-se muito presente nos relatos dos preceptores, a comunicação faz parte do conceito de trabalho em equipe, materializando-se nas expressões “trocar e ouvir”, sempre relacionadas a outros profissionais, ou seja, outros núcleos. O [re]conhecimento do trabalho do outro e as possibilidades de articulação das ações desenvolvidas no intuito de uma integração de saberes e práticas interdisciplinares foram apresentados [pelos preceptores] como concepção para o trabalho em equipe.

O planejamento de ações em conjunto baseado na complementaridade dos saberes traduziu-se como concepção do trabalho em equipe, motivando a integralidade e o cuidado, contrapondo-se ao modelo biomédico e assistencial tradicional. No entanto, foi apontado por alguns preceptores que, na prática, ainda encontra-se a hierarquização de poderes entre as profissões e a concentração de autonomia num mesmo profissional, o que é resultado da tradição do modelo hegemônico biomédico, produzindo sensação de subordinação, impedindo a integração da equipe.

A principal dificuldade apontada pelos preceptores referiu-se à formação dos profissionais de saúde baseada em uma cultura hegemônica refletida até hoje em suas práticas, mas que a partir da Constituição de 1988 encontra ideias inovadoras lançadas com a criação do SUS. Essa fragilidade na formação, recebe interferência

dessas idéias fomentando um movimento de transição.

A residência integrada é um processo relativamente novo e por não ser totalmente reconhecida pelos profissionais que trabalham dentro da UTI, prejudica o fluxo das práticas e a efetivação do trabalho em equipe. Essa inovação vista como fragilidade também potencializa, uma vez que a RIS tem uma concepção de fazer saúde baseada nos princípios do SUS, sendo um deles o trabalho em equipe.

A ausência de objetivos teóricos sobre o tema [trabalho em equipe] no programa da residência médica foi visto, aqui, como uma fragilidade, pois resulta na manutenção e assimilação de padrões conservadores [do que é e como se faz o trabalho em equipe], e a mudança é dependente de posturas individuais, no caso dos residentes.

Nesse momento e nesse lugar, essas diferenças, embora ainda presentes, estão sendo diluídas por uma nova ideia, um novo jeito de sentir saúde e existe a possibilidade de integração desses programas, ao menos na prática. Estudos de caso, participação nos “rounds”, proposição de planos terapêuticos multiprofissionais são algumas atividades sugeridas pelos preceptores.

Salienta-se que os preceptores não referiram sobre as atividades de reflexão teórica de que os residentes [todos os profissionais da RIS] participam e que, sem dúvida, potencializam o trabalho em equipe dos residentes nesse campo. Pode-se inferir que, por não fazerem parte desse espaço pedagógico, não o valorizaram como tal. A realização desse curso trouxe a certeza da necessidade de encontro entre os preceptores que experimentaram a troca de acertos/erros ou esperanças/frustrações, enriquecendo seus saberes e práticas pedagógicas.

Fazer parte desse cenário que foi alvo do estudo, desvelou-me antigas convicções e novas concepções: pude transitar, sair de cena e voltar, [re]tornar, [re]conhecer, enfim, creio que renovei aspirações.

Espera-se que essas páginas toquem, provoquem alguma sensação aos leitores motivando reflexões sobre esse tema, constituindo o mundo da vida, o

mundo da nossa vida, profissionais em busca de um jeito de fazer saúde que contemple, complemente, enfim complete o cuidado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA M, organizador. **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos da área da saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003.

ARAUJO M.B.S.; ROCHA P.M. **Trabalho em equipe**: um desafio para a consolidação da estratégia de Saúde da Família. *Ciências e Saúde Coletiva* 2007;12(5):455-64.

BRASIL, **Constituição Brasileira**, 1988.

_____.Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Ensino e Pesquisa. **Cartilha da RIS 2009**. Disponível em <http://ghc.com.br/gepnet/cartilha>

_____.Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Ensino e Pesquisa. Projeto da **RIS/GHC**.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília, DF, 2006

CECCIN, R.B. **Educação permanente em saúde**: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Cienc Saúde Coletiva* [periódico na internet] 2005b; 10(4). Disponível em <http://www.scielo.br>.

CECCIN, R.B.; FEUERWERKER, L.M.C. **Mudanças na formação dos profissionais de saúde sob o eixo da integralidade**. *Caderno de Saúde Pública*, 2004:1400-10.

CECCIN, R.B.; FEUERWERKER, L.M.C. **O quadrilátero na formação para área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. *Physis: Revista Saúde Coletiva* 2004;14(1):41-65.

CHIRELLI, M.Q. **O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do curso de enfermagem da FAMEMA** [tese]. Ribeiro Preto:2002. 286p.

CHIRELLI, M.Q.; MISHIMA, S.M. **A formação do enfermeiro crítico-reflexivo no curso de enfermagem na Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA**. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 2003;11(5): 574-84.

FAUSTINO, R.L.H. et al. **Caminhos da formação em enfermagem**: continuidade ou ruptura? *Revista Brasileira de Enfermagem* 2003; 56 (4):343-7.

FEUERWERKER, L.M.C. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 1998;2 (3):51-71.

_____.**Além do discurso de mudança na educação médica, processos e resultados**. São Paulo: Hucitec, 2002.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. Campinas (SP); 1999. 32 f.

- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.
- HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.
- MAY, T. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. Porto Alegre: Artemed, 2001. Campinas (SP); 1999. 32 f.
- MERHY, E. E. **O Ato de Cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde**. Mimeo. DMPS/FCM/UNICAMP – SP, 1999.
- MERHY, E. E. **O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)**, CEBES. Rio de Janeiro. 1995.
- MILLER, C; FREEMAN, M; ROSS, N. **Interprofessional practice in health and social care: Challenging the shared learning agenda**. London: Arnald, 2001.
- OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. **Programa de Saúde da Família: a experiência da equipe multiprofissional**. Revista de Saúde Pública 2006; 40(4):726-33.
- OLIVEIRA, R.G.; MARCON, S.S. **Opinião de enfermeiros acerca do que é trabalhador no programa de saúde da família**. Revista latino-americano de enfermagem, 2007.
- PEDUZZI, M. **Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre o trabalho e interação [tese]**. Campinas: Faculdades de Ciências Médicas da UNICAMP; 1998.
- PEDUZZI, M. **Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia**. Revista de Saúde Pública 2001; 35(1):103-9.
- PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. Processo de trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Estação de Trabalho Observatório dos técnicos em Saúde, (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006. p199-206.
- PINTO, L.L.S.; FORMIGLI, V.L.A.; RÊGO, R.C.F. **A dor e a delícia de aprender com o SUS: integração ensino e serviço na percepção dos internos em medicina social**. Revista Baiana, 2007;31(1):115-33.
- RIO GRANDE DO SUL. Escola de Saúde Pública. **Regulamento da Residência Integrada em Saúde**. Porto Alegre, 2002.
- SAUPE, R.; CUTOLO, L.R.A.; WENDHAUSEN A.L.P.; BENITO, G.A.V. **Competência**

dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. Interface: Comum Saúde Educ 2005;9(18):521-36.

SAUPE, R.; CUTOLO, L.R.A.; WENDHAUSEN A.L.P.; BENITO, G.A.V. **Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil.** Texto Contexto Enferm 2007;16(4):654-61.

SCHRAIBER, L.B., PEDUZZI M., SALA A, NEMES M.I.B., CASTANHEIRA E.R.L., KON R. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde:** identificando problemas. Rio de Janeiro. Cien Saude Colet 1999; 4(2):221-242.

SEIFFERT, O.M.L.B. **A formação do enfermeiro:** uma aproximação à recente produção científica (2001-2005). Trabalho, Educação e Saúde 2005; 3(2) 331-50.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do trabalho científico.** 23ª ed rev atual. São Paulo: Cortez; 2007. 304 p.

SILVA, T. T. **Quem escondeu o currículo oculto.** In Documento de identidade: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte, Autêntica, 1999: 77-152.

SILVA, Júnior A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ética da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, org. **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** São Paulo: Hucitec, 2004. p 241-258.

SOUZA, A. M. A.& SANTOS I. **Processo Educativo nos Serviços de Saúde –** Série Desenvolvimento de Recursos Humanos n. 01 – OPAS – Brasília. 1993.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

WITT, R.R. **Competência da enfermeira na atenção básica:** contribuição à construção das funções essenciais de Saúde Pública [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

APÊNDICE 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1) Quais as dificuldades existentes/encontradas na UTI para os residentes obterem o aprendizado do trabalho em equipe?
- 2) Quais as potencialidades existentes/encontradas na UTI para os residentes obterem o aprendizado do trabalho em equipe?
- 3) Qual a sua concepção de trabalho em equipe ?
- 4) Quais os dispositivos, técnicas e estratégias que tu utilizas como preceptor para desenvolver o aprendizado do trabalho em equipe na formação dos residentes aqui da UTI?

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Participante

Eu, _____, acredito ter sido informado(a) detalhadamente, através do que para mim foi dito a respeito da pesquisa intitulada “**Residência Médica e Multiprofissional em saúde: aproximações e desencontros**”, Porto Alegre, 2010, de autoria de Carla Rossana Molz Maria.

Fui plenamente esclarecido(a) de que, ao responder as questões que compõem esta pesquisa, estarei participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como objetivo identificar, a partir da visão dos preceptores, as potencialidades e dificuldades encontradas para que o trabalho em equipe seja objeto e prática na formação dos residentes da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Nossa Senhora da Conceição. E, concordo voluntariamente em participar deste estudo, sabendo que será preservada a minha identificação assim como as identificações de todas as pessoas referidas por mim. Sei que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a realização do mesmo, inclusive sem nenhum motivo, bastando para isso, informar a minha decisão de desistência, da maneira mais conveniente.

Fui esclarecido(a) ainda de que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não terei direito a nenhuma remuneração. Minha participação na pesquisa não incorrerá em riscos ou prejuízos de qualquer natureza. Minha identificação pessoal será preservada, sendo que autorizo a divulgação dos dados, informações e opiniões por mim declaradas enquanto instrumentos da análise e ferramentas do desenvolvimento da argumentação desse estudo. Eu, e somente eu, posso solicitar esclarecimentos sobre esta entrevista durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

A coleta de dados para a pesquisa será desenvolvida através de entrevistas individuais com duração prevista, em média, de 30 minutos, em local e horário conforme a disponibilidade do entrevistado. As mesmas serão realizadas pela pesquisadora acadêmica Carla Rossana Molz Maria, sob a supervisão e orientação da Dra. Lisiane Bôer Possa (GHC/UFRGS), telefone: (51) 99963017 email: lisibp@terra.com.br, endereço: Rua Jataí, 583 apt 207, Bairro Cristal, Porto Alegre/RS. As entrevistas serão gravadas e são de cunho sigiloso, serão arquivadas pela pesquisadora durante 5 anos após a publicação da pesquisa. Caso tenha novas dúvidas sobre este estudo, posso telefonar para pesquisadora ou procurá-la no endereço abaixo. Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinei-o em duas vias, ficando de posse de uma delas.

_____, _____ de _____ de 2010.

Assinatura (de acordo)

Participante do estudo

Pesquisadora Carla Rossana Molz Maria
 Telefone: (51) 33572390 email: rcarla@ghc.com.br
 End.: Av.Francisco Trein, 596/3º andar sala 3100
 Cel 96569262 - POA/RS

COMITÊ ÉTICA PESQUISA HNSC
 Av.Francisco Trein, 596 / Bloco H
 3º andar – POA/RS
 Fone:33572407

APÊNDICE 3

Termo de Compromisso

“Declaro que tenho conhecimento da Resolução 196/96, normatizadora da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, e assumo o compromisso de cumprir suas determinações no desenvolvimento da pesquisa”.

CARLA ROSSANA MOLZ MARIA

____/____/____