

TRABALHO DE EQUIPE EM SAÚDE COMUNITÁRIA — OPERACIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM E SUAS IMPLICAÇÕES

Edith Figueiredo Domingues *

ReBEn/07

DOMINGUES, E.F. — Trabalho de Equipe em Saúde Comunitária — Operacionalização da Enfermagem e suas Implicações. *Rev. Bras. Enf.*; DF, 34 : 314-326, 1981.

1 — INTRODUÇÃO

Saúde é um componente do bem-estar nas diversas dimensões da vida pessoal e social. Há, portanto, estreito relacionamento entre: saúde, renda nacional, infra-estrutura urbana, rural, política e social do desenvolvimento.

Na promoção da "SAÚDE PARA TODOS", tema oficial deste congresso, reitera-se a urgência de conscientizar pessoas e comunidades sobre o direito e a necessidade de educar para a saúde e de tudo fazer para preservá-la ou recuperá-la. A saúde de uma população depende essencialmente da quantidade de bens e de serviços que podem ser postos ao seu dispor e de sua capacidade de utilizá-los.

Com o avanço tecnológico e científico atual, o setor de saúde sofre as influências de grupos sociais, não podendo dissociar-se do desenvolvimento que

vem ocorrendo em outros setores. Ele precisa ser a expressão quantitativa e qualitativa da assistência ao paciente. Por sua vez, o fenômeno do "adoecer comático" surgiu das relações mente-corpo e da constatação das influências psíquicas na doença do soma. Daí passou-se a estudar também os efeitos psíquicos decorrentes do estar doente e as influências sócio-econômico-culturais no fenômeno do adoecer. São repercussões que interferem na ideologia e na prática dos serviços assistenciais de saúde. Uma medicina, assim concebida, impede as possibilidades de ação individual e passa a ser responsabilidade conjunta. Já não se justifica, portanto, um serviço de saúde, que se propõe a cumprir todas as suas verdadeiras funções de cobertura, deixar cair o peso da responsabilidade do seu trabalho sobre a eficiência de um único profissional.

* Prof.^a Adjunto do Dept.^o de Enfermagem Comunitária da EE. UFBA.
Enfermeira da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia — 5.^o Centro de Saúde.

2 — CONCEITUAÇÃO E FILOSOFIA

A palavra equipe origina-se do inglês arcaico "team" que significa: progênie, família, linhagem de descendentes. Modernamente, "team" deriva de uma "conjunção de animais atrelados para puxar um conjunto". Em alemão, a palavra equivalente é: "pôr brida" ou "atrelar", significando "ligar ou unir por vínculos fortes" (6).

A equipe, com seus valores, implica na existência de uma visão ampla e coletiva em que é necessária a coerência de propósito, a sincronização e a continuidade de ação.

Ter uma tarefa e abordá-la de forma organizada, é trabalho de equipe. Entretanto, não basta que um determinado grupo trabalhe em conjunto, é imprescindível que o mesmo esteja estreitamente unido e motivado para um objetivo comum.

As definições de trabalho de equipe são inúmeras e às vezes a ênfase dada às qualificações apontadas difere de um conceito para outro. Entretanto, é unânime a citação das características mais marcantes: participação, intencionalidade e ação comum:

- a) grupo de indivíduos com diferentes graus de compromisso.
- b) numa condição mais ou menos definida e delimitada.
- c) com interrelacionamento e identidade de interesses.

Vejamos alguns conceitos:

Para San Martin (14): "Conjunto de técnicos e administradores trabalhando harmonicamente em um programa de saúde, com objetivos precisos em que cada qual tem uma responsabilidade determinada." "Junção de esforços e interesses de um grupo de profissionais que reconhecem a interdependência com os outros componentes e se identificam

com um trabalho de caráter cooperativo e não competitivo, com o fim de alcançar o objetivo comum, cuja atividade, sincronizada e coordenada, caracteriza um grupo estreitamente ligado." (4).

"Processo de atuação planejada que visa à obtenção de atividades com um mínimo de esforço, um máximo de rendimento e satisfação para os funcionários e instituição." (15).

Conjunto de profissionais de saúde, com interrelacionamento e identidade de interesses, que se dedicam a uma tarefa em prol de um objetivo comum (5).

Antes de ser equipe, o grupo passa por um processo de desenvolvimento e tem uma tarefa a ser abordada de modo organizado (9).

No trabalho de equipe, os recursos humanos são o "ponto chave" do processo de assistência à saúde, que consta de atuações polivalentes para atendimento global ao indivíduo como um todo. Dai a justificativa plena de ser realizado por um grupo interligado no mesmo objetivo e com bom relacionamento humano (5). Passemos a analisar o conceito de "unidade sanitária local", onde atua a equipe de Saúde comunitária. Aqui também se repete a diversidade de opiniões. Não há um denominador comum ordenado para sua designação.

A diferença para uns se estabelece no sentido de especialidade ou polivalência do serviço oferecido: para outros, no caráter estático ou dinâmico da unidade. A maioria aceita 3 tipos básicos (13): A — AMBULATÓRIO — Serviço estático. Atende a determinado grupo de doenças ou faixa etária com serviços especializados, recebendo os que procuram a unidade como doentes, suspeitos ou para receberem atenção ou benefício. B — DISPENSÁRIO — Considerado especializado e dinâmico, atende não só aos doentes, suspeitos, comunicantes, mas também à população su-

posta sadia, através de medidas preventivas. C — CENTRO DE SAÚDE — Caracterizado por: chefia ou comando único, polivalência, dinamismo, pois executa várias atividades de saúde pública. Dinâmico, porque necessariamente pressupõe visitação sanitária.

FILOSOFIA: — É o sistema de valores das convenções sociais. Literalmente, é a força que domina.

Admitindo-se para nosso país a existência de uma ideologia social, democrática. a saúde é concebida como um direito do homem que traz consigo a responsabilidade própria de assegurar o seu bem-estar e o da comunidade, com a participação ativa na solução dos problemas de saúde. Portanto, a filosofia atual da política de saúde baseia-se numa recíproca: a necessidade de se contar com indivíduos física e mentalmente capazes e o direito que os mesmos têm à saúde.

Numa civilização em mudança acelerada, somos um povo em fase crucial de esforço para sair do estágio de subdesenvolvimento, vivendo a tragédia do círculo vicioso: saúde, condição indispensável para trabalhar e promover o DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, fator essencial na situação vigente para fazer a promoção da saúde. Esta problemática é de tal modo ampla que excede as expectativas dos recursos materiais e humanos de que dispõem os serviços assistenciais para atender à demanda das necessidades reais. Surge como imperativa a modificação da estrutura na sua assistência, para se atingir a mais curto prazo os objetivos propostos através de esforços organizados do grupo comprometido no sistema de saúde, com a participação da comunidade (5).

3 — OBJETIVOS DO TRABALHO EM EQUIPE

3.1. Geral

Proporcionar uma assistência integral ao paciente, com base num objetivo comum, funções definidas e delimitadas para realização de atividades simultâneas, sem superposição, através da potencialidade das tarefas coletivas, que melhor atingem à multicausalidade dos problemas de saúde.

3.2. Especificos

3.2.1.

Substituir a atuação isolada ou limitada de um só profissional por aptidões integradas, que permitam uma prestação mais satisfatória de serviços, em diferentes graus de compromisso.

3.2.2.

Oferecer maiores possibilidades de rendimentos em extensão e profundidade técnicas, para atender à demanda das necessidades reais, por efeito de ações multiplicadoras integradas.

3.2.3.

Estabelecer planos assistenciais que supram as necessidades biopsico-sócio-espiritual identificadas no paciente, para nortear as ações de cada profissional.

3.2.4.

Agilizar o sistema de atendimento à saúde, pelo intercâmbio de idéias e experiências do grupo comprometido, dentro de uma tarefa de conjunto.

3.2.5.

Instituir uma "FORÇA DO TRABALHO" condicionado por determinantes convencionais.

4 — VANTAGENS E OBSTÁCULOS

Duas situações antagônicas se estabelecem na conduta da equipe, devidas à interdependência ou influência bilateral: uma pela ação correlata e interdisciplinar com os resultados esperados de uma função sinérgica, harmônica no trabalho e nas atividades, e outra pela possível interferência de alguns fatores que dificultam as atividades simultâneas do grupo, alterando a sistemática racional de interação equipe-paciente.

4.1. Vantagens do Trabalho de Equipe

- 1.º Enfrenta o problema de saúde em sua multicausalidade, porém com unidade de atenção.
- 2.º Evita a duplicação de esforços pouco rendosos e superposição de deveres.
- 3.º Atribui uma coesão ao programa centrando as responsabilidades através do trabalho co-praticado.
- 4.º Unifica os conceitos técnicos.
- 5.º Utiliza ao máximo a potencialidade de seus elementos, aumentando o aproveitamento.
- 6.º Fomenta a solidariedade e boas relações entre os mesmos e destes com a comunidade.
- 7.º Favorece o relacionamento interpessoal, evitando contradições de princípios.
- 8.º Fortalece as ações entre os profissionais, o paciente e sua família, para o alcance dos objetivos.
- 9.º Propicia uma assistência mais condigna e humana, porque cada paciente é responsabilidade de todos.
- 10.º Os custos são mais razoáveis e os cuidados de mais alto padrão.

4.2. — Obstáculos no Trabalho de Equipe

- 1.º — Inadequação qualitativa e quantitativa de pessoal.

2.º — Insuficiência de recursos materiais e tempo para as ações.

3.º — Falhas na administração, autocracia ou democracia exagerada na liderança.

4.º — Não utilização dos reais interesses e necessidades da população.

5.º — Subestimação dos conceitos, objetivos e metodologia, entre o próprio grupo.

6.º — Conflitos e atritos de interesses na distribuição das tarefas, na integração e comunicação da equipe.

7.º — Remunerações não condizentes.

8.º — Insensibilidade social com desconhecimento dos benefícios recebidos.

9.º — Falhas nas informações: importunas e em tempo inabíl.

10.º — Falta de correspondência entre responsabilidade e autoridade.

5 — CONDICIONANTES E DIMENSIONAMENTO

O condicionamento de uma equipe de saúde depende do grau em que a força de trabalho vai produzir ações adequadas à realidade (13).

São elementos decisivos: a) nível de saúde da população; b) desenvolvimento de saúde pública da área; c) condições sócio-econômico-sanitárias da unidade; d) distribuição espacial e qualitativa dos equipamentos de saúde; e) adequação da equipe ao programa a realizar.

DIMENSIONAMENTO — A extensão da equipe local está em função das atividades especializadas presumidas, cujo somatório exige a análise do que se segue: **O QUE FAZER** — Tipo de trabalho a realizar, programa a ser cumprido, tipo de assistência.

COMO FAZER — Utilizando o melhor método: prático e eficiente. **ONDE FAZER** — A planta física ou a localização geográfica, da assistência a ser pro-

porcionada, afetará o tempo necessário para completá-la. **PARA QUEM** — Saber se a execução da tarefa exige profissional de maior ou menor qualificação.

Segundo especialistas da OMS (14), o dimensionamento da equipe local de saúde adaptável às condições brasileiras, pode ser:

1 — **MÍNIMA** — constituído de 4 categorias: médico, atendente, visitadora sanitária e fiscal ou auxiliar de saneamento, seria condição indispensável ao funcionamento da unidade.

2 — **IDEAL** — entre 15 a 20 categorias profissionais: médico, sanitaria, médico clínico, pediatra, enfermeiro sanitaria e não sanitaria, auxiliar de enfermagem, visitadora, inspetor de saúde, fiscal sanitário, técnico de laboratório e de Raios X, pessoal de escritório e limpeza.

3 — **POSSÍVEL** — recrutado em curto espaço de tempo em nível local para sanar a falta de pessoal especializado em saúde pública. O pessoal auxiliar seria treinado em cursos rápidos para visitadora sanitária, atendente de enfermagem e dentário. O enfermeiro e médico sanitarias seriam reservados para unidades de porte médio e grande.

6 — ASPECTOS BÁSICOS PARA A DINÂMICA DO GRUPO

Uma atividade sincronizada requer uma sistemática racional que facilita a interação equipe-paciente através de (1):

1.º **ORGANIZAÇÃO** — Estabelecimento das bases estruturais do programa de atuação sob os aspectos administrativo e técnico com finalidade de um rendimento mais produtivo dos recursos existentes.

2.º **PLANEJAMENTO** — Formulação de programa de ação fixando os objetivos, atividades e responsabilidades. O

planejar é indispensável em qualquer realização.

3.º **ESPÍRITO DE EQUIPE** — Resume-se no desejo mútuo dos componentes do grupo, de modo coeso, unirem forças em torno de um objetivo comum.

4.º **NÚMERO DE PESSOAS** — Deve ser necessariamente estipulado, limitado e proporcional às necessidades, evitando-se a formação de núcleos e sub-núcleos, que geram capacidade ociosa, reduzem a participação e dificultam a liderança.

5.º **CONDIÇÕES FAVORÁVEIS** — Não só no que se refere ao preparo técnico e científico do pessoal do grupo, como também às facilidades físicas do local de trabalho.

6.º **INTERCOMUNICAÇÃO** — A maior integração de uma equipe está vinculada a um bom relacionamento dos seus membros entre si, com maior calor humano no atendimento ao paciente, cujo comprometimento psicossomático é inevitável.

7.º **SOMATIZAÇÃO** — A visão integrada do processo de somatização do indivíduo como um todo visualiza a enfermidade por uma ótica psicossomática, fato reconhecido pela OMS ao definir saúde-doença como resultantes da interação de fenômenos bio-psico-sociais.

8.º **PARTICIPAÇÃO ATIVA DOS MEMBROS** — A contribuição de cada indivíduo desenvolve um sentimento de segurança, interesse, satisfação íntima, estímulo pelo trabalho, além de contribuir para ampliar a criatividade.

9.º **VALORIZAÇÃO** — O reconhecimento pelo líder do mérito ou esforço individual é importante e se vincula à produtividade.

10.º **INVESTIGAÇÃO** — É um recurso vantajoso na busca de teorias que expliquem os fenômenos específicos pertinentes à área de prestação de serviços a que o profissional se propõe. Sem pesquisa, a sociedade não se beneficia.

11.º ADEQUAÇÃO — Faz-se necessário o ajustamento contínuo qualitativo e quantitativo às mudanças sociais, com expectativas voltadas para as necessidades reais da sociedade, decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico.

12.º AVALIAÇÃO — Torna-se imperiosa uma revisão de produtividade em que se examinem os objetivos, a organização, a dinâmica e a realização das tarefas. O próprio grupo será o veículo para instrumentalização da crítica e autocrítica na prática assistencial. A verificação do desempenho do programa deve ser periódica e sistemática, através do método de retroalimentação imediata para cada dimensão operacionalizada, a fim de apontar as falhas cometidas e reestudar um outro sistema com idéias renovadas e atualização dos planos.

7 — DESAFIO DA LIDERANÇA

A concepção do trabalho em equipe é muito válida, porém complexa.

Todo trabalho do grupo pressupõe a existência de uma liderança para coordenar as atividades e traçar a política a ser adotada. Alguém deve ser encarregado de levar o seu pessoal a desempenhar a função comum, que permita uma prestação satisfatória de serviços. Nos grupos formais, o líder é imposto nos informais, ele é eleito ou surge gozando a confiança e recebendo dos membros da equipe a autoridade (2).

O líder deve preencher uma série de requisitos compatíveis com a função. subordinada a uma personalidade equilibrada e bastante forte, para se fazer obedecida e acatada, além de exercer uma missão de presença.

A liderança é uma das áreas de frequentes conflitos pela conhecida repetição amudada de fatos ou acontecimentos resultantes da proporção de personalidades autocratas do grupo, além das

divergências em linhas de autoridade administrativa, científica e gremial, entre os profissionais. A estes conflitos de comunicação, somam-se outros relativos a problemas institucionais, como: inconsistência ideológica, falta de delineamento, ansiedade de lucros e status, carência econômica, uso ilícito de fundos, ou capitalização não justificada de contribuições do público, interferências de cunho político, enfim, toda a gama de fatores que originam a crise que atravessa a medicina em geral, atualmente.

8 — ENFOQUE A REALIDADE

A idéia do trabalho de grupo está vinculada à necessidade de mudança nas atitudes e motivações dos agentes de saúde, visando a romper com as concepções competitivas existentes, face ao predomínio da ideologia liberal, e que seriam conflitivas com a proposta do trabalho de equipe, que requer cooperação e delegação de funções.

A escolha do líder na equipe de saúde, normalmente recai sobre um dos profissionais médico ou enfermeiro, já que o primeiro é considerado preponderantemente líder técnico do sistema e o segundo é responsável pelo processo terapêutico e atende especificamente às necessidades básicas do paciente.

Assim sendo, a execução do trabalho em equipe está merecendo crítica construtiva e não nos poderíamos omitir de fazê-la nesta oportunidade, para pesquisa de sugestões do grupo.

Em termos de realidade, a sua operacionalização deixa muito a desejar, indo de encontro aos princípios básicos da dinâmica de grupo, que é fundamentada numa sistemática racional que traz vantagens para a clientela, a instituição e logicamente para os integrantes da equipe.

Existe, portanto, uma dicotomia entre teoria e prática, pela falta de in-

teração e integração no processamento das ações, gerando tarefas estanques, com prejuízo para a assistência global do paciente e da comunidade.

É assunto que comporta a interferência da enfermagem, não só por sermos parte integrante, como também pela decisão no posicionamento da classe, para redefinições de tarefas próprias, face ao desenvolvimento mundial técnico-científico, ao contexto da realidade brasileira e ao desafio "SAÚDE PARA TODOS".

Em tese, se observa que no trabalho em equipe há sempre duas posições: a de dominante e de dominados fugindo ao critério de atingir o "objetivo comum". Vejamos esta dualidade de ocorrências: No caso em que todos os elementos multiprofissionais estejam situados em igualdade de condições ou em plano equivalente de "status", por certo a categoria profissional médica hegemonicamente será dominante e os outros elementos da equipe dominados. Por sua vez, quando atua a equipe de enfermagem com seu grupo de categorias específicas da estrutura ocupacional e mais os provisionados, ocorre coisa semelhante, pois o enfermeiro será sempre o dominante, enquanto os demais, dominados.

Há uma tendência para o dominador ver a sua autoridade como convencional e contingente, cuja superioridade deve ser demonstrada e inquestionável. Em suas aspirações elevadas pode ocorrer que o mesmo veja os demais como competidores.

Ninguém é dono da verdade, por isto, em condições de igualdade, cada profissional deve assumir a liderança no momento em que seu papel seja decisivo no contexto da assistência ao paciente. sem haver fosso (investida em território inimigo). Significa dizer que a chance de liderança oportuniza mesmo ao elemento subalterno ou hierarquicamente inferior situar-se em pé de

igualdade com o chefe hierárquico em situações ocasionais, demonstrando sua capacidade, grau de criatividade e habilidade de atuar, que dependem do ambiente e das circunstâncias que envolvem as situações específicas.

Qualquer indivíduo pode ter capacidade criativa no ramo que se profissionalizou. Com o ensejo, ele revelará o que seja ético e que não o é dificulta certo ou errado, o bem ou o mal com autenticidade desde que lhe seja oportuno opinar através da delegação de poderes.

Outra dificuldade a ser lembrada na linhagem é que os indivíduos são influenciados pelos conceitos éticos do grupo a que pertencem; seu próprio código ético é moldado de forma a forçá-los a uma restrição no atuar. A linha entre o que seja ético e que não o é dificulta estabelecer-se uma conduta homogênea pelo subalterno, paralela ao chefe hierárquico.

Face a estas considerações, o enfermeiro moderno precisa ter a mente aberta para saber enfrentar a verdade, saber ouvir, examinar, ser capaz de ajustar-se à opinião alheia se mais certa do que a própria, saber conviver, colaborar e sobretudo delegar. Não existem estudos sistemáticos para evidenciar este preparo; todavia, intuitivamente, vê-se que é a filosofia mais correta para promover as necessidades fundamentais da classe, criando um adequado clima psicológico de solver ou minimizar problemas, que geralmente resultam em atritos.

Não podemos omitir uma verdade que se patenteia na filosofia da política do trabalho de grupo: a existência de uma competição interna entre os profissionais, com medo da perda de papéis. Isto ocorre, logicamente, por determinadas causas que nem sempre estão explícitas de modo formal, mas que refletem toda uma estrutura na qual estamos inseridas:

- a — Tradição hegemônica da profissão médica na área de saúde, cujos espaços têm que ser conquistados através de incessantes disputas entre os demais profissionais.
- b — Estímulo da sociedade à competição na medida em que valoriza títulos e cargos em troca de trabalho, criando um ambiente que dificulta ou impede permuta de conhecimentos e de ajuda mútua.
- c — Exclusão imposta no ambiente de trabalho, onde se faz presente a distinção “Homem — Mulher” condicionando às chamadas profissões femininas a um certo ostracismo das funções públicas.
- d — Falhas na institucionalização e definição conceitual dos papéis corretos das profissões paramédicas do sistema dos serviços de saúde, dificultando a delimitação entre suas áreas de atuação.

Trazer estas reflexões para o contexto do trabalho de equipe, nos pareceu de grande importância. Apesar de haver diferenças individuais entre os homens, todos terão necessidades de segurança, afeto, aprovação social, prestígio e auto-realização.

9 — EQUIPE DE ENFERMAGEM — SUAS IMPLICAÇÕES

9.1. **CONSIDERAÇÕES** — A enfermagem no seu significado mais amplo e atual como profissão de saúde orienta suas ações para a promoção, prevenção da saúde, recuperação e reabilitação das doenças mais frequentes que afetam a comunidade. Independentemente ou em coordenação com outros profissionais, prevê a função básica de ajuda e apoio, que requer a comunidade e o indivíduo

em suas diferentes idades e etapas situacionais de seu desenvolvimento e crescimento, com permanente esforço por salvaguardar e recuperar a saúde. Ainda responsável pelo processo terapêutico e atendimento às necessidades básicas do paciente, é necessário que ela se posicione no sistema de trabalho de equipe de saúde, com envolvimento no órgão central da estrutura Sanitária.

A intervenção da enfermagem varia na forma de ser administrada e no grau de intensidade de sua aplicação, de acordo com as limitações de ordem físico-psico-sócio-econômica do indivíduo e da comunidade.

Consideramos algumas razões enfatizantes da contribuição que a enfermagem é chamada a dar na equipe de saúde.

9.2. **ESTRUTURAÇÃO** — O compromisso da enfermagem é expresso por questões reais e vitais que possibilitam a existência de suas próprias zonas de atuação, por contar com agentes multiplicadores para a prática das tarefas da classe, traduzidas com o assessoramento no trabalho pelo seu grupo de categorias específicas da estrutura ocupacional, mais os provimentos. Poderá utilizar os seus auxiliares para ampliar o mecanismo de integração equipe-paciente, e assim lhe serão aumentadas as margens de possibilidades para desempenhar o papel que os programas de saúde estão a demandar.

A composição da equipe de enfermagem comporta três escalões hierárquicos perfeitamente distintos, com atribuições específicas correspondentes ao nível de formação, além da participação dos denominados “provisionados” (3).

9.3. **INSTITUCIONALIZAÇÃO** — Existem leis fundamentais destinadas a assegurar a unidade e a continuidade do grupo.

Sociologicamente está firmada a profissão de enfermagem. Seu complexo

institucional conta com curso de graduação e pós-graduação nas estruturas universitárias, valendo-se de um corpo de conhecimentos obtidos por pesquisas científicas, técnicas e valores profissionais, que são transmitidos anualmente a cada grupo das novas gerações. Tal complexo foi estabelecido por meio dos consensos sociais expressos na norma jurídica de leis e na realidade de fatos comprovados.

São componentes do complexo institucional (3).

- 1 — **Divisão de setores** corretamente hierarquizados em órgãos de prestação de serviços.
- 2 — **Ocupações técnicas e auxiliares** participantes do desempenho da assistência à saúde.
- 2 — **Conselhos Federal e Regionais** de enfermagem, órgãos instalados para disciplina e ética do exercício profissional.
- 4 — **Asociação** de natureza cultural responsável por conduzir instrumentos sociais o progresso da enfermagem.
- 5 — **Início de vida sindical** nas unidades de federação para defesa dos interesses profissionais.

Interrogo: São argumentos válidos para uma perspectiva de conjunto? São justificativas de esperança no futuro da nossa profissão? Afirmo que sim. Porque, apesar da não percepção por parte de alguns enfermeiros, está em andamento o processo de desenvolvimento da enfermagem, pois o complexo institucional estará se completando, se aperfeiçoando, se radicalizando dia-a-dia, ano-a-ano. Aqui **processo** é entendido como "mudança contínua" de um objeto qualquer em direção definida.

Desde 1925, a enfermagem se vem corporificando e melhorando progressivamente. No desenrolar da história de

um grupo profissional, meio século é muito pouco tempo para a sua emancipação. Dai algumas dificuldades inerentes a um empreendimento novo no Brasil, que busca auto-afirmar-se no campo da ciência. Para tanto, é importante considerar a contribuição que o enfermeiro é chamado a dar, dentro dos novos esquemas de organização e funcionamento, que se propõe a conseguir que os serviços de saúde possam atingir as metas de ampliação de cobertura. Dou meu testemunho de que as pessoas, até agora empenhadas na enfermagem brasileira, foram pioneiras incansáveis sobre o "que" e "como" da sua participação na elaboração do "complexo institucional". O propósito deste paralelo com o passado é dar conta de coisas importantes que já aconteceram com o grupo profissional, interferindo hoje no seu "status". É justo valorizar aspectos sutis da nossa infra-estrutura, que se estão delineando com mais clareza, dependendo muito da continuidade das idéias e atuações contemporâneas. O complexo institucional continua subordinado à seriedade do assumir a profissão, do ocupar um espaço devidamente, do participar ético de cada enfermeiro em seu posto de trabalho, com a responsabilidade de levar para diante a enfermagem.

O que dá crédito a uma verdadeira profissão não é o fato de serem seus participantes "liberais" ou "institucionais", mas, sim, o seu desempenho social, sua conduta sua contribuição à comunidade.

Insta a cada enfermeiro se conscientizar dos seus novos papéis, preparar-se científica e tecnicamente para executá-los e esclarecer, com tato e diplomacia, as instituições onde trabalha.

9.4. POSICIONAMENTO

Dentro da conotação atual, a problemática de saúde da população tem

tendência de origem sócio-econômica, política e técnica, que aparecem para oferecer uma assistência de cobertura. A enfermagem sente-se no dever moral e social de declarar explicitamente sua **POSIÇÃO** em relação ao papel que deve assumir, contribuindo de modo efetivo no melhoramento do nível de saúde, como parte do desenvolvimento social (10).

Esta tomada de posição deve ser no sentido de comprometer-se com a comunidade, solidária aos seus direitos e aspirações, estimulando suas potencialidades de participação, para alcançar níveis superiores de saúde e bem-estar, respeitadas e tomadas em consideração suas próprias decisões. Assim sendo, o enfermeiro integra e coordena suas ações com outras disciplinas e com outros setores de desenvolvimento econômico e social, a fim de concorrer com uma participação global na solução da problemática de saúde, que surge das necessidades existentes.

Na prestação dos seus serviços, a enfermagem adota o enfoque epidemiológico, aplicado nas ações de promoção da saúde, na prestação de assistência e na atenção curativa das patologias frequentes na comunidade, de evolução previsível. As atividades desenvolvidas com este caráter deverão integrar-se no sistema de saúde em função da atenção primária, ou seja, no primeiro nível de atenção do sistema institucional de saúde.

Assumirá a responsabilidade de ordenar as ações de saúde, para assegurar uma adequada articulação deste nível, com as intervenções correspondentes aos outros níveis do sistema, que de forma direta ou indireta devem apoiar os serviços de atenção primária.

Deste modo, utilizando as interrelações do pessoal profissional e auxiliar que compõe sua estrutura ocupacional, a Enfermagem contribui com suas ações nos diferentes níveis do sistema, como parte da equipe responsável pela aten-

ção de saúde, situando-se no eixo de articulação da estrutura sanitária.

Esta integração lhe permite participar na tomada de decisões dos organismos que tratam dos problemas afins, nas diferentes circunstâncias, empenhando-se para levar a voz participativa da própria comunidade.

9.5 — NOVO PAPEL

O exercício profissional de enfermagem na sua mais precisa e real dimensão, abrange uma seqüência de atividades de maior ou menor complexidade. Embora centradas nas necessidades básicas humanas, apresentam uma ampla constelação de modalidades para o seu desempenho profissional que pode ser assim simplificada em quatro áreas (10):

9.5.1 — Atenção direta ao indivíduo e comunidade. Ocupa lugar fundamental, já que as demais áreas existem em função desta. Realizada através do emprego sistemático dos elementos do processo de enfermagem: a) análise da situação; b) definição dos objetivos; c) execução e avaliação dos cuidados, dando margem à expansão do papel da enfermagem na atenção mais direta à saúde das pessoas e realizando ações de diagnóstico e terapêutica.

9.5.2 — Papel na educação — A enfermagem tem responsabilidade de orientar o processo de formação e contínuo aperfeiçoamento do seu próprio pessoal. Com este fim: **organiza** os conteúdos científicos e técnicos do ensino — aprendizagem; **aperfeiçoa** os métodos e processos de aumentar a habilidade e atitudes básicas de uma boa assistência; **estrutura** currículos baseados nos novos papéis que a sociedade requer do pessoal de enfermagem.

9.5.3 — Papel de administração — A responsabilidade da enfermagem nes-

te setor, lhe exige habilidades que assegurem uma efetiva utilização dos recursos humanos, materiais, financeiros e técnicos, cuja competência requer conhecimentos de administração e ciências afins, para a prática de planejamento, normalização, auditoria e avaliação dos programas. Para a extensão de cobertura e operacionalização da atenção primária, necessita reorientar a administração e procedimentos para conduzir a participação da comunidade, agentes de saúde e do grupo ocupacional de enfermagem.

9.5.4 — Papel de investigação — Compromete a todos os membros da profissão, responsabilizando-os na utilização total do processo científico e avaliação dos resultados para melhorar o seu desempenho. Lembramos que, para facilitar e oportunizar a operacionalização das suas tarefas, o enfermeiro tem, como alternativa, promover frequentemente recursos para formação de consensos nacionais, tais como:

- a) **Universo de comunicação** — Utilização dos mesmos termos para nos compreendermos melhor. Temos a “consulta” e “prescrição” da enfermagem, exigindo afirmação e universalidade, através das quais seja divulgada a existência unificada desta recente atividade da classe, ainda executada de modo aleatório, por uma minoria dos enfermeiros atuantes. Qual a razão desta sua impraticabilidade? Provavelmente, falta-lhe consolidação, consistência e popularidade, que consideramos pré-condição, para a sua auto-afirmação... Lembramos que a consulta de enfermagem, apesar de institucionalizada no final da última década, falta-lhe ainda um consenso sobre o conceito e o elemento da enfermagem que deve executá-la.
- b) **Educação continuada** — através da promoção de encontros, reuniões e

trabalhos científicos para reciclagem e atualização específica da classe.

- c) **Realização de pesquisa na área** para aquisição de experiências e perícias na prática dos conhecimentos próprios. A pesquisa é um componente de responsabilidade profissional do enfermeiro prevista na Lei n.º 2.604/65.

10. CONCLUSÕES

Face ao que ficou colocado conclui-se que:

— A SAÚDE, como um componente do bem-estar nas diversas dimensões da vida pessoal e social, está estreitamente relacionada com a reivindicação de melhores condições de vida, alimentação, moradia, saneamento, salário justo, educação, trabalho, repouso e meio ambiente sadio.

— O direito inalienável das pessoas à saúde implica no correspondente direito de receberem oportuna e adequada assistência condizente ao desenvolvimento técnico-científico atualizado.

— O maior sucesso no atendimento ao paciente e à comunidade em qualquer setor de assistência à saúde e qualquer nível de prevenção, reside no desenvolvimento das atividades em equipe de maneira efetiva, objetiva e eficaz.

— Em termos de realidade e operacionalização, o trabalho em equipe, atualmente, deixa a desejar, existindo uma dicotomia entre a teoria e a prática observada no procedimento das ações, com atividades estanques.

— Para corrigir esta distorsão de valores e conduta, reitera-se a urgência de mudança na visão filosófica e comportamental dos componentes da equipe, frente a problemática de saúde atual.

— É imperiosa a necessidade do enfermeiro promover recursos para formação de “consensos nacionais” que

identifiquem a atual situação profissional, encontrando e adotando alternativas de solução, que assegurem melhor qualidade da assistência prestada à comunidade no trabalho de equipe.

— Ninguém deve ter atitude pessimista diante dos problemas reais e atuais. Cada enfermeiro comprometer-se-á na colaboração total para o crescimento da enfermagem, na medida em que for capaz, com a utilização de todos os recursos disponíveis.

11 — RECOMENDAÇÕES

CONSIDERANDO:

- 1 — O complexo sistema psíquico e somático do ser humano e a impossibilidade de uma só pessoa atendê-lo em todas as suas necessidades.
- 2 — As incontestáveis vantagens na observância dos princípios básicos da dinâmica de grupo, que se fundamentam numa sistemática racional de operacionalização do trabalho.
- 3 — A premente necessidade de afirmação e universalidade da consulta de enfermagem.

RECOMENDAMOS:

- 1-a — Oferecer atendimento assistencial de uma equipe formada por profissionais de áreas diferentes, que implica na variedade de conhecimentos, de personalidade e sensibilidades, complementando as observações e anulando conceitos errôneos.
- 1-b — Levar em conta que todas as necessidades sejam respeitadas e valorizadas, não como nós as vemos, mas como o indivíduo as vê dentro da sua problemática assistencial.

2-a — Divulgar a necessidade de cada profissional da equipe reconhecer em situações específicas, a liderança assumida por qualquer um dos seus membros, mesmo que seja um elemento hierarquicamente subordinado.

2-b — Associar total correspondência entre autoridade e responsabilidade para o líder ocasional.

3-a — Mobilizar forças no sentido de estabelecer uma postura crítica no seu contexto, para aquisição progressiva de competência na sua realização.

3-b — Admitir que essa competência só será reconhecida à medida em que a qualidade do trabalho se revela na totalidade da prática de assistência de enfermagem.

RESUMO

Neste relato, o autor tenta analisar a dinamização sistemática do TRABALHO DE EQUIPE EM SAÚDE COMUNITÁRIA, realçando os fatores que dificultam ou que facilitam as atividades simultâneas do grupo.

A seguir, crítica a dicotomia entre a teoria e a prática observada no procedimento das ações, gerando tarefas estanques e reduzindo a potencialidade das atuações coletivas, para atingirem a multicausalidade dos problemas de saúde do indivíduo como um todo.

É também focalizada a posição da enfermagem para executar o seu processo de trabalho, através dos recursos disponíveis que otimizam a realização de um programa assistencial de maneira efetiva e condizente com as exigências do desenvolvimento técnico-científico atual, atendendo à demanda das necessidades reais do país.

SUMMARY

In this report the author tries to analyse the systematic dynamization of the working staff in the community health emphasizing the factors that make harder or easier the simultaneous activities of the group.

The author also criticize the dichotomy between the theory and the practice observed in the procedures of

the actions producing tight tasks and reducing the capacity of the collective performance to reach the multicausality of the problems of the individual as a whole. It is also focalised the nursing position in relation to its working process, by the available resources that make good the realization of an effective assistencial program appropriated to the actual technical scientific development attending the demand of the real needs of the country.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVARENGA, A. A necessidade da equipe multiprofissional para o melhor atendimento hospitalar. *R. Paul. Hosp.* 21:36:38, jan. 1973.
2. AYALA, E. Z. L. Como conseguir melhor rendimento do trabalho de equipe. *Rev. Paul. Hosp.*, 27 (7): 219-227, jul. 1979.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FSESP. *Enfermagem: legislação e assuntos correlatos*. 3. ed. Rio de Janeiro, 1974. 3. v.
4. COSTA, M. J. C. atuação do enfermeiro na equipe multiprofissional. *Rev. Bras. Enf.*, 31 (3):321-339, jul/set. 1978.
5. DOMINGUES, E. F. — *Plano de Atendimento clínico — Sócio-educacional à gestante através de uma equipe multiprofissional* — Trabalho apresentado no Seminário de atualização para Enfermeiras da E. E. UFBA. Out. 1973. (Mimeografado).
6. FINER, H. *Administração e serviços de Enfermagem*. Rio de Janeiro, USAID, 1966. 352 págs. II.
7. KAMADA, C. — Equipe multiprofissional em Unidade de terapia intensiva. *Rev. Bras. Enf.* 31(1):69-67, jan./mar., 1978.
8. LAMBERTSEN, E. C. *Equipe de Enfermagem, organizado e funcionamento*. Rio de Janeiro, ABEn, 1966. 103 págs.
9. NASCIMENTO, Zelia P. — O Enfermeiro — Membro da Equipe Multiprofissional. *R. Paul. Hosp.*, São Paulo 24(5):213-215, maio, 1976.
10. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD — *La Toma de Posicion de enfermeria como una respuesta a la problemática de atencion de salud en America Latina*. Washington, 1979. Trab. Mimeog.
11. PERRODIN, C. M. *Supervisión de los servicios de enfermeria*. Mexico, Interamericana, 1968. 407 p. il.
12. RIBEIRO, A. B. C. *Administração de Pessoal nos hospitais*. São Paulo, LTr, 1977, 702 págs. II.
13. SÁ, E. N. de C. Equipe local de saúde sugestões para a abrangência de sua caracterização. *R. Saúde Publ.*, 10 (1):75-102, mar. 1976.
14. SAN MARTIN, H. Trabajo en equipo y equipo de salud. In: — *Salud y enfermedad, ecologia humana Medicina preventiva y Social*. 2. ed. México, La Prensa Medica Mexicana, 1968, págs. 610-40.
15. WEINSTEIN, L. Comunicación y Trabajo de equipo en un hospital moderno. *Educ. Med. Salud.* 9 (4): 382-90, 1975.