

CONTRIBUIÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NAS AÇÕES DE SAÚDE

— MITO OU FELICIDADE? —

Josicélia Dumêt Fernandes *

ReBEn/06

FERNANDES, J.D. — Contribuição da Equipe Multiprofissional nas Ações de Saúde —
Mito ou Realidade? *Rev. Bras. Enf.*; DF, 34 : 175-181, 1981.

INTRODUÇÃO

A iniciativa para a realização deste estudo surgiu ao tentarmos responder às questões: Os integrantes da equipe respondem aos problemas da crise do setor saúde? O trabalho em equipe tem sido um suporte eficiente para a questão da racionalidade das ações de saúde? O trabalho em equipe tem servido de instrumento de mudança?

A resposta a essas perguntas é uma tarefa difícil, mas essencial na medida em que se questiona a contribuição da equipe multiprofissional nas ações de saúde.

Apesar da vasta literatura existente sobre Equipe de Saúde, falta, na mesma, uma caracterização mais integrativa dos profissionais e de suas ações, tendo em vista a não identificação de uma matriz determinante mais global na gênese dos obstáculos encontrados à operacionalização do trabalho multiprofissional. Falta um maior conteúdo de aspectos sociais e políticos para facilitar um melhor desempenho social e não

somente o técnico. Não nos defrontamos com uma firme sistematização teórica a ponto de termos um marco de referência para análise e discussão. Enfim, na literatura existente não se explicita os determinantes reais que levaram a essa divisão social e técnica do trabalho e que impedem a realização dos pressupostos básicos da equipe.

Partindo dessa situação, procuramos realizar um estudo que fugisse do enfoque clássico, tradicional sobre Equipe de Saúde, onde se apresenta definições, constituição, objetivos e vantagens da mesma. Consideramos este enfoque desnecessário, uma vez que existe uma vasta literatura disponível e que, praticamente, esgota esta temática. Assim, partindo de algumas reflexões decorrentes da nossa experiência vivida ou pensada e da consulta a uma parcela da literatura existente, procuramos levantar algumas questões que lançam, para análise, algumas das contradições existentes nas ações dos diversos profissionais da equipe. Essas questões são apresentadas de modo esquemático, com o objetivo

* Professor Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

de trazer propostas abertas, uma vez que este não é um trabalho definitivo, acabado, mas um estudo para ser discutido, criticado e ampliado.

De acordo com essas considerações, o presente trabalho foi orientado com o propósito de oferecer elementos de análise que possam favorecer uma melhor compreensão da nossa área de atuação profissional e das condições a que estamos submetidos. Ficam excluídas, assim, tanto uma abordagem intensiva do tema, como a elaboração de qualquer proposição imediata.

EMERGÊNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Com a Revolução Industrial (1750-1870) e o acelerado processo de urbanização, constata-se a piora das condições de trabalho, de habitação, de saneamento e de saúde, entre outras. Esses problemas vieram a exigir novos métodos de proteção à saúde e de prevenção de doença, desencadeando movimentos políticos que resultaram nos projetos de Saúde Pública e Medicina Social, em meados do século passado (10).

Com a elevação dos custos da atenção médica, surge, no presente século, o movimento da Medicina Preventiva que é seguido da proposta da Medicina Comunitária. Esta encontra maior receptividade a partir da década de 60 nos Estados Unidos, quando da política de combate à pobreza, uma vez que o movimento preventista permitia manter uma população sadia como elemento fundamental na produção industrial.

Observa-se, assim, uma tentativa de solucionar os problemas decorrentes da crise do setor saúde, diminuindo o alto custo da assistência médica através da racionalização de procedimentos técnicos e administrativos, tais como simplificação de ações com delegação de funções, participação comunitária e trabalho em equipe multiprofissional, entre outros.

Passa-se, então, à busca de métodos e técnicas de trabalho que favorecessem a possibilidade de aumento da produtividade no sentido de prestar melhor qualidade de trabalho a um maior número da população. Essa busca associada à crescente profissionalização exigiu a organização do trabalho em equipe multiprofissional, tendo em vista a melhor utilização das potencialidades de cada profissional no seu campo específico de ação, através de um plano comum de trabalho (2).

Em que pese o esforço para a organização do trabalho em equipe, conjugando recursos e distribuindo competências, começa-se a perceber que os problemas de saúde continuam os mesmos e de certa forma agudizam-se independente do enfoque multiprofissional, uma vez que os impasses do setor saúde não dependem exclusivamente das modificações no seu interior. Ratificando esta afirmação, o documento apresentado pelo CEBES no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, registra que "... a partir da década de 60, vem piorando gradativamente o nível de vida da população. Aumentaram significativamente a mortalidade infantil, as doenças endêmicas, as taxas de acidentes do trabalho, o número de doenças mentais, etc... Pioraram, igualmente, as condições de saneamento, a poluição ambiental e os níveis nutricionais..."

Pelo visto, a organização do trabalho em equipe multiprofissional que deveria servir de instrumento de mudança, não passa de uma medida administrativa racionalizadora para minimizar custos, não guardando, desta forma, relação direta com as reais necessidades de saúde da população, mas, sim, no interesse real de se considerar a necessidade de sua implantação.

A QUESTÃO "EQUIPE DE SAÚDE"

A questão "Equipe de Saúde" é problemática na sua construção teórica.

SAN MARTIN (13) define equipe de saúde como sendo a “integração das funções que desenvolvem diferentes técnicos através de um programa planejado que persegue objetivos comuns”. Esta definição supõe não só a síntese das ações de vários profissionais, mas também sua “igualdade de condições na formulação e desenvolvimento do plano”, exigindo, portanto, a presença do espírito de grupo que, por sua vez, pressupõe o espírito democrático onde as decisões devem emanar dos seus membros.

O referido autor considera, ainda, como essencial para o trabalho em equipe:

— que estabeleçam objetivos comuns para todos os integrantes da equipe;

— existência de um programa com funções definidas e delimitadas para cada integrante, à parte daquelas que são comuns;

— estabelecimento de meios de comunicação entre os membros da equipe;

— oferecer ao pessoal a oportunidade para expressar suas opiniões de forma aberta”.

Apesar da racionalidade presente a essas concepções, o trabalho em equipe multiprofissional defronta-se com uma série de obstáculos no dimensionamento de sua operacionalização, uma vez que esta modalidade de trabalho tem recebido maior aceitação verbal e descritiva, pois “sua completa operacionalização rara vez se alcança” (5) e isto deve-se a uma série de fatores que refletem a estrutura na qual estamos inseridos. No fundo, o que conseguimos identificar são formas de organização diversas, respondendo não apenas aos condicionamentos intrínsecos, mas, sobretudo, a determinantes estruturais que delimitam espaços e papéis a serem ocupados pelas diversas categorias profissionais nos diversos tipos de serviços, uma vez que o processo global de desenvolvimento do trabalho em equipe

envolve variáveis endógenas (inerentes às características próprias deste recurso), e exógenas (dependem do funcionamento dos serviços e conseqüentemente das políticas de saúde).

Não é fácil tentar uma explicação analítica da situação, todavia tentaremos levantar algumas questões que não são as únicas, mas que consideramos de importância e que, de alguma forma, interferem na dinâmica do trabalho da equipe multiprofissional.

1.^a questão

Em que medida pensar/discutir o trabalho em equipe multiprofissional, tendo em vista objetivos diversos entre seus integrantes?

Apesar do momento histórico que vivenciamos, onde diversos profissionais relembram sobre sua prática, na busca de atividades com o fim de atender às reais necessidades de saúde da população, encontramos, contudo, outros profissionais visando apenas o seu crescimento profissional, um melhor status, assumindo atitudes individualistas na busca de suas metas; outros comprometidos com o desejo de posse cujo único objetivo é a compensação financeira; outros que visualizam o trabalho apenas como uma maneira de sobreviver cumprindo o mínimo necessário que lhe é exigido, obedecendo, desta forma, a uma rotina de subjugação; outros, ainda, seguindo uma tradição fora da realidade atual, sem participação no desenvolvimento social, tornando-se meros expectadores dos eventos que moldam suas vidas — desta forma, não compreendendo o que se passa, não conseguiram interpretar devidamente o seu papel profissional, nem definir adequadamente suas funções.

São objetivos diversos onde o homem como ser social, isto é, o homem como um ser pertencente a uma sociedade concreta não é o denominador comum. O que se observa, na realidade,

são grupamentos profissionais emanentes da profissionalização em lugar de uma finalidade política que deveria ser o elo de ligação dos elementos da equipe.

Toda esta situação, toda esta diversidade de objetivos, reflete um descompromisso com a saúde da população e uma enorme variedade de interesses em jogo. Ocorre, por outro lado, que esses interesses são conflitantes e, gradativamente, vai chegando-se a uma situação de crise na medida em que a configuração atual da equipe multiprofissional esgota a capacidade de atender seus objetivos.

2.^a questão

Em que medida o espírito de grupo, o espírito democrático e a igualdade de condições é uma constante no inter-relacionamento multiprofissional, tendo em vista as relações de poder que ocasionam as constantes disputas existentes no grupo?

A delimitação do âmbito do poder dos profissionais é um dos pontos críticos no inter-relacionamento multiprofissional, uma vez que no interior da equipe observa-se a materialização das relações de poder existentes na sociedade, ou seja, “a capacidade de uma determinada classe realizar, pela sua prática, os seus interesses próprios em oposição com a capacidade — e os interesses — de outras classes, determinando, assim, a relação específica de dominação e subordinação das práticas de classe que é caracterizada como relações de poder” (11).

A dinâmica do trabalho em equipe, reproduzindo essa dimensão do poder, reflete a sociedade em que estamos inseridos, ou seja, uma sociedade competitiva onde a valorização de títulos e cargos, sendo uma constante, impossibilita a prática de cooperação, de interajuda, de solidariedade e compreensão mútua. Ademais, as hierarquias de

prestígio levam a constantes disputas, dificultando o intercâmbio entre os profissionais já que algumas categorias operam com autoridade e decisões limitadas.

Um ponto a ser levantado nesta questão é o monopólio do saber, determinado pela hegemonia da profissão médica, como instrumento de dominação comprometendo, desta forma, os princípios que regem o trabalho multiprofissional. Na verdade, “o médico no processo de trabalho encontra-se posicionado no vértice de uma pirâmide de autoridade técnica...” (op. cit. 14). A este respeito, A. FERNANDES, citado por OLIVEIRA (9), diz: “por mais que se aumentem os participantes da equipe de saúde, o médico continua sendo o mais importante e o único que tem nas mãos o doente... querer desconhecê-lo será, pelo menos, perverter em suas bases todo o sistema de saúde”. E não precisamos ir muito longe para ratificar este modo lamentável de pensar e agir: o projeto de lei n.º 2.726/80 que tentou dispor sobre a regulamentação do exercício profissional na área de saúde, representando os interesses de um grupo minoritário, procurou colocar todas as profissões sob a tutela do médico, esterilizando a proposta da equipe multiprofissional.

Toda esta situação determina profundas alterações, tanto na estrutura ocupacional como no desempenho das funções dos diversos elementos da equipe, uma vez que o aproveitamento dos recursos humanos estando seriamente prejudicados, dificultará a extensão do papel desses profissionais nos programas de saúde.

Por outro lado, “a hierarquias de prestígio têm estrita correspondência com as escalas de remuneração entre as diversas categorias profissionais” (6). Esta citação reflete a política de recursos humanos para a saúde que permite um tratamento desigual aos diversos elementos da equipe.

Aqui, a contradição é gritante, uma vez que todos os profissionais são considerados como elementos fundamentais no desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde, quando se lhes reconhece, legal e teoricamente, sua essencialidade no desenvolvimento de ações básicas de saúde. Todavia, o tratamento é desigual quanto ao nível de autoridade e decisões, quanto à jornada de trabalho e quanto aos salários.

3.^a questão

Em que medida se garante o trabalho em equipe tendo em vista a marginalização, o secundarismo do papel social condicionado às profissões predominantes femininas, como é o caso de Enfermagem, Serviço Social e Nutrição?

Em que pesem as crescentes responsabilidades desses profissionais, é limitado o seu grau de autoridade para interferir nas decisões de política dos serviços, dificultando uma participação equânime na equipe.

A história da mulher brasileira é fortemente influenciada pela estrutura primitiva e escravocrata. Assim é que, ainda hoje, encontramos traços de misticismo e tabus da sociedade primitiva super-acionados pela desvalorização e defasagem da mulher na sociedade escravocrata (12). Ademais, existem os determinantes culturais que minimizam ou ofuscam o aspecto científico e técnico de profissões, como é o caso da enfermagem, enaltecendo o aspecto de caridade e subalternidade.

Este quadro reflete a sociedade em que vivemos, onde a mulher ainda é considerada intelectualmente inferior ao homem, chegando mesmo a ser chamada de "sexo frágil". Tudo isto é fruto de concepções históricas de uma sociedade competitiva onde o fator sexo passa a ser o elemento explicativo para a marginalização da mulher.

Antes de concluir esta questão, deve ser ressaltado o fato de que o Ministério da Previdência e Assistência Social, apesar de ser o maior empregador de pessoal de enfermagem do país, não conta com enfermeiros exercendo postos de direção nos órgãos de estrutura básica como já vem ocorrendo no Ministério da Saúde (9).

Muitas resistências terão de ser vencidas na conquista de novos espaços para essas profissões predominantemente femininas.

4.^a questão

Em que medida pensar/discutir/operacionalizar equipe multiprofissional, mantendo-se a atual política da produção de recursos humanos que, em linhas gerais, difere substancialmente do perfil necessário para o trabalho em equipe?

Falar em equipe multiprofissional implica em falar da formação de recursos humanos para a saúde, cuja tendência é para a safisticação técnica e especialização em contraposição com a simplicidade da maioria dos problemas de saúde. Recomenda-se para as instituições responsáveis pela formação de recursos humanos, formar e adestrar alunos dentro de um espírito de trabalho de equipe e com enfoque multidisciplinar dos problemas de saúde, entretanto os currículos mantêm-se compostos de disciplinas estanques. Enfatiza-se a necessidade de expor o estudante à apreciação de problemas reais, todavia o hospital universitário continua sendo o maior campo de treinamento que, por sua vez, se caracteriza pela assistência curativa e procedimentos sofisticados.

É nestas condições que a formação dos profissionais de saúde tem respondido aos determinantes do mercado de trabalho, cuja ênfase tem sido para as medidas curativas, o que dificulta a definição de papéis dos diversos pro-

fissionais em programas de saúde comunitária ou de assistência primária. Surgem então, as distorções que, segundo MACEDO (7), “são o resultado necessário do modelo social e de saúde existentes e fatores também de sua manutenção”.

Em síntese, a formação de recursos humanos para a saúde “não está instrumentando propósitos de mudança, ao contrário, está consolidando as práticas vigentes através dos recursos humanos que forma”. (6)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde da população, bem como as práticas de saúde, encontram sua explicação na forma pela qual a sociedade está organizada, ou seja, as ações da equipe estão condicionadas pelos determinantes que definem as práticas de saúde numa determinada sociedade e as formas como essas práticas se organizam. Assim é que é inegável a forma determinante em que os níveis de renda, os modelos de produção econômica e as relações de trabalho interferem nas condições de saúde da população que vêm sendo apontadas como extremamente precárias (1, 3).

Quanto à organização dos serviços, o setor saúde vem sofrendo um processo de capitalização com a política privatizante que, ao favorecer o repasse dos recursos da Nação para o setor privado, responde também aos interesses das multinacionais de medicamentos e equipamentos hospitalares, bem como estimula a crescente especialização.

Sob esta ótica, define-se com mais clareza que a saúde da população fica destinada a um plano secundário. A este respeito, CHAVES (4), realizando uma análise dos sistemas de saúde, diz que as ações de saúde são desenvolvidas sem levar em conta o nível da população, uma vez que as patologias clínicas correspondem, na sua grande maioria, a patologias econômico-sociais.

Desta forma, seja qual for a natureza e os objetivos da equipe, ela terá, invariavelmente, suas ações comprometidas no que diz respeito à elevação dos padrões de saúde no interior da sociedade. Em resumo, pode-se afirmar que a melhoria do estado de saúde de um povo não apresenta grande correlação com os esforços da equipe, cujo papel na elevação significativa do nível de saúde da população é complementar. A este respeito, MATOS (8) diz: “as práticas de saúde e as formas tomadas por sua organização não correspondem apenas a condicionantes internos a elas mesmas, mas, sobretudo, a determinantes que, originados na estrutura social, delimitam os espaços e os papéis a serem assumidos pelo sistema de saúde num dado momento, numa formação social concreta”.

Estas considerações permitem a compreensão de que as questões levantadas anteriormente são originalmente efeitos e não causas das limitações da equipe multiprofissional, levando-nos a relativizar o seu papel na melhoria do estado de saúde da população. Apreende-se, desta forma, que o alcance dos objetivos finais da equipe não estaria na dependência apenas do seu funcionamento interno, uma vez que as práticas dos profissionais estão articuladas à estrutura da sociedade e a sua realização encontra-se vinculada às condições históricas das ações de saúde na sua inter-relação com o sistema social global.

Dos conceitos e diretrizes aqui abordados, poder-se-ia induzir uma visão somente pessimista da questão. Mas, ao contrário, existe um otimismo... uma esperança... um otimismo para encontrar uma solução para a saída da crise; uma esperança que deve estar em nós como expressão das nossas contradições.

Não pretendemos, de forma absoluta, uma negação da contribuição da equipe multiprofissional nas ações de saúde, do seu valor, do seu alcance, o

que seria, no mínimo, preconceito e obscurantismo de nossa parte. Entretanto, o que pretendemos afirmar é que não devemos assumir raciocínios mecânicos; segundo os quais o trabalho da equipe resolveria a crise do setor saúde, no que se refere à melhoria das condições de saúde, uma vez que os esforços apenas no interior da equipe tendem a esterilizar-se em si mesmos. A nossa conduta aqui não é dogmática nem céptica, mas reflexiva. É um termo médio entre a temeridade dogmática e o desespero céptico. A reflexão supera ambos os exclusivismos.

Atitudes extremas estão destinadas ao fracasso.

Acreditamos na possibilidade de que num futuro próximo, à medida que os integrantes da equipe passem a compreender o sentir da população, a atuar de acordo com esta compreensão, a entender o processo social da saúde e a inserir-se nele de maneira ativa, será possível redefinir os papéis, funções e responsabilidade de cada integrante da mesma, no sentido de melhor atender às reais necessidades de saúde da população.

BIBLIOGRAFIA

1. ASSOCIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PÚBLICA DA BAHIA — Resoluções do Seminário Baiano de Saúde Pública — “Saúde e Questão Democrática”. Salvador, 1979.
2. BARROS, S. — Enfermeiro na equipe de saúde comunitária — uma visão reflexiva. I Jornada de Enfermagem Comunitária. Salvador, 1979.
3. CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE — A questão democrática na área de saúde. I Seminário sobre Política Nacional de Saúde — Comissão de Saúde da Câmara de Deputados. Brasília, 1979.
4. CHAVES, M. — Saúde e Sistemas. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1978.
5. FERRARA, A. F. et alii — El equipo de salud. In: Medicina de la Comunidad. Buenos Ayres, Inter-Médica, 1972.
6. MACEDO, C. G. — Recursos Humanos para a Saúde. XIX Congresso Brasileiro de Higiene, 1977.
7. — Uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde — Comissão de Saúde da Câmara de Deputados. Brasília, 1979.
8. MATTOS, A. V. — A Enfermagem e o sistema Nacional de Saúde. Anais do XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem — ABEn. Belém, 1978.
9. OLIVEIRA, M. I. R. — Enfermagem e Estrutura Social. Anais do XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem — ABEn. Fortaleza, 1979.
10. PINHEIRO, L. U. F. et alii — Algumas questões sobre a Psiquiatria Comunitária. *Rev. Assoc. Psiq. Bahia*, 1 (1) : 9-30, 1977.
11. POULANTZAS, N. — Poder político e classes sociais. São Paulo, Martins Fontes, 1977.
12. SAFFIOTTI, H. I. B. — A mulher na sociedade de classes, mito e realidade. Petrópolis, Vozes, 1976.
13. SAN MARTIN, H. — Trabajo en Equipo y Equipo de Salud. In: Salud Y Enfermedad. México, La Prensa Médica Mexicana, 1968.
14. SANTOS, I. & VIEIRA, C. A. B. — Análise crítica da prática atual de Enfermagem no país. Anais do XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem — ABEn. Fortaleza, 1979.