

PUC

LEILA LUDOLF DE ALMEIDA CARVALHO

A IMPORTÂNCIA DA INTEGRAÇÃO DA
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
NA QUALIDADE DA REABILITAÇÃO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Rio de Janeiro, março de 1991

ENTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO
RUA MARQUÊS DE SÃO VICENTE, 225 – CEP 22453
RIO DE JANEIRO – BRASIL

N. Oneida, 89-24-1757
Fogino, frequenza assorbito in calore.



4.00000

2500

Leila Ludolf de Almeida Carvalho

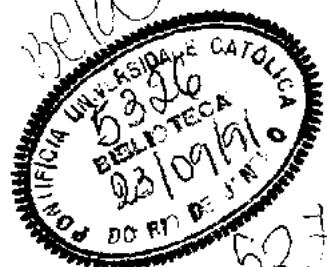
A IMPORTANCIA DA INTEGRACAO DA
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
NA QUALIDADE DA REABILITACAO

Dissertação apresentada ao Departamento de
Psicologia da PUC/RJ como parte dos requi-
sitos para obtenção do título de Mestre em
Psicologia: Psicologia Clínica.

Orientadora: Ana Maria Nicolaci-da-Costa

Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, março de 1991



150
C331.i
TESE UC

CC 34034-1

52711



A Telma,

amiga e companheira interdisciplinar

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos, Eric pelo apoio na informática e Marcelo pelo carinho e paciência..

Ao João, por suportar meus sonhos.

À Ninita, pelo apoio incondicional.

À Yeda, pela revisão final da datilografia.

À Diva, por fornecer a infra-estrutura em casa.

À Beth, Denise, Margareth, Janete e Nerlita, que comigo partilharam o atendimento interdisciplinar.

Aos colegas da reabilitação, pela busca incessante do aprimoramento profissional.

Aos pacientes de reabilitação, que não foram objeto da dissertação mas são o objetivo maior deste trabalho.

Aos colegas do Mestrado, pelo interesse e colaboração neste trabalho.

Aos professores do Mestrado, por estimularem o meu desenvolvimento profissional e me proporcionarem um conhecimento mais abrangente..

À CAPES, pela ajuda financeira.

RESUMO

A busca de um trabalho interdisciplinar é uma preocupação pessoal da autora, decorrente de experiências anteriores na área da Reabilitação, em que se obteve esta qualidade de trabalho profissional. A dificuldade de se atingir o mesmo nível de atendimento em outras equipes levou a uma pesquisa sobre os fatores que facilitam ou dificultam o trabalho em equipe, impedindo sua passagem de multi para interdisciplinar.

Para entender o processo dinâmico das equipes multidisciplinares levantam-se as origens histórico-sociais do conhecimento teórico, da formação profissional e da instituição de saúde, considerando que são os principais fatores que influenciam a prática profissional. A análise da situação atual, seja da formação profissional seja da prática estabelecida, mostra os principais conflitos que influenciam na qualidade do atendimento no Brasil.

Refletindo sobre essa qualidade, discute-se os conceitos de multi e interdisciplinaridade e, através do relato de algumas experiências, compara-se as formas de atendimento e parte-se em busca do conhecimento e da percepção que os demais membros das equipes têm de sua constituição, finalidade, dinâmica e dos fatores que facilitam ou dificultam o trabalho em equipe.

Recorre-se, ainda, à análise institucional e à análise quantitativa e qualitativa da participação na pesquisa e dos discursos expressos nos formulários para refletir e concluir que as maiores dificuldades para se atingir a interdisciplinaridade são a formação profissional decorrente da má-qualidade do ensino e da transmissão do saber fragmentado, a influência das normas institucionais que limitam a atuação e o desconhecimento dos profissionais em relação a um trabalho integrado.

A expectativa com esse estudo é facilitar a compreensão do significado de um trabalho interdisciplinar, mostrar sua importância e os benefícios que dele podem advir.

ABSTRACT

The search for an interdisciplinary work is a personal worry of the author, originated from prior experience in the Rehabilitation area, where the team achieved this work quality. The difficulty in obtaining the same level of attending in other groups brought a project about the factors which make the team work easier or harder, blocking its passage from multi to an interdisciplinary level.

To understand the dynamic process of multidisciplinary groups one comes up with the social-historical origins of the theoretical knowledge, the professional study and graduation, and the health institution, considering them as the main factors which influence the professional practice. The analysis of the current situation, of the professional graduation and of the established practice, shows the main conflicts which influence the attending quality in Brazil.

Reflecting about this quality, one argues about the concepts of multi and interdisciplinarity and, through the relates of some experiences, one compares the forms of attending and search for the knowledge and perceptions that the other members of the team have of its constitution, finality, dynamic and of the factors that make the team work easier or harder.

One resort to an institutional analysis and to a quantitative and qualitative analysis of the participation in the survey and of the expressed discourse in the forms, to reflect and conclude that the bigger difficulties to obtain the interdisciplinarity are the professional graduation current of the bad quality of the teaching and transmission of fragmented knowledge, the influence of the institutional norms which limit the professional acting and the unawareness of the professionals about a team work.

The expectation of this study is to facilitate the understanding of the meaning of an interdisciplinary work, to show its importance and the benefits that can result from it.

S U M Á R I O

Pág.

INTRODUÇÃO	1
------------------	---

CAPÍTULO I ORIGENS HISTÓRICO-SOCIAIS DOS FATORES QUE INFLUENCIAM A PRÁTICA PROFISSIONAL

1.1. O CONHECIMENTO TEÓRICO	4
1.1.1. No século XIX	7
1.1.2. No século XX	12
1.2. A FORMAÇÃO PROFISSIONAL	14
1.2.1. No Brasil	17
1.3. A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE	18
1.3.1. No Brasil	21
1.4. INTER-INFLUÊNCIAS DETECTADAS	23

CAPÍTULO II A PROBLEMÁTICA SITUAÇÃO ATUAL

2.1. DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL	27
2.1.1. Na área das Ciências Biológicas	28
2.1.2. Na área das Ciências Humanas	31
2.1.3. Na transmissão do conhecimento	33
2.1.4. Medicina x Psicologia	33
2.1.5. Na superespecialização	34
2.2. DA PRÁTICA ESTABELECIDA	35
2.2.1. Como profissional autônomo	36
2.2.2. Como integrante de uma instituição	39
2.2.3. Na especificidade da reabilitação	41
2.2.4. Na descrição das funções	43
2.3. DA QUALIDADE DO TRABALHO	57

CAPÍTULO III REFLEXÕES SOBRE A QUALIDADE DO TRABALHO EM EQUIPE

3.1. MULTIDISCIPLINARIDADE X INTERDISCIPLINARIDADE	59
3.2. NA INSTITUIÇÃO "X": uma experiência interdisciplinar	65
3.3. NA INSTITUIÇÃO "Y": uma experiência multidisciplinar	73
3.3.1. Como coordenadora	73
3.3.2. Como consultora de Neurologia	76
3.4. EM BUSCA DA CONFIRMAÇÃO	78

CAPÍTULO IV O PROCESSO DINÂMICO DE EQUIPES MULTIDISCIPLINARES

4.1. ATRAVÉS DE UMA ANÁLISE INSTITUCIONAL	83
4.1.1. A estrutura organizacional	83
4.1.2. A dinâmica do atendimento	85

4.1.3.	Funcionamento e dinâmica das equipes	87
4.2.	ATRAVÉS DA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: uma análise quantitativa	93
4.3.	ATRAVÉS DOS DISCURSOS EXPRESSOS NOS FORMULÁRIOS: uma análise qualitativa	96
4.3.1.	Dos profissionais, em geral	97
4.3.2.	Por equipe	103
4.3.2.1.	Equipe "A"	103
4.3.2.2.	Equipe "B"	105
4.3.2.3.	Equipe "C"	107
4.3.2.4.	Equipe "D"	108
4.3.2.5.	Equipe "E"	109
4.3.2.5.	Equipe "F"	111
4.3.3.	O conhecimento e a percepção dos profissionais ..	112
5.	CONCLUSÕES	114
6.	BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	119
7.	ANEXOS	
1.	Quadro "Formação profissional"	122
2.	Carta explicativa	123
3.	Formulário	124
4.	Gráfico "Percentual de participação na pesquisa"	127
5.	Quadro "Participação na pesquisa, por categoria profissional"	128
6.	Gráfico "Percentual de participação na pesquisa, por categoria profissional"	129
7.	Quadro "Participação na pesquisa, por equipe"	130
8.	Gráfico "Percentual de participação na pesquisa, por equipe"	131
9.	Levantamento dos fatores que facilitam o trabalho em equipe	132
10.	Levantamento dos fatores que dificultam o trabalho em equipe	134

INTRODUÇÃO

Fazendo parte de várias equipes multiprofissionais há vários anos, como médica neurologista, em diferentes instituições de Reabilitação, atendendo adultos e crianças com lesões cerebrais e dificuldades de aprendizagem, percebi ao longo da minha prática uma solicitação, um movimento, dos profissionais em direção a um trabalho conjunto, mais dinâmico e integrado. O apelo maior é que esse trabalho conjunto permitisse, se não uma real integração, pelo menos a interrelação dos conhecimentos teóricos e técnicos relativos à complexidade do ser humano, naquele momento lesado.

Acreditando em trabalho em equipe, parto das premissas de que é possível a troca, o crescimento e uma melhor proposição de tratamento quando todos os aspectos são abordados, discutidos e integrados num objetivo comum a todos os participantes do processo. Essas premissas estão descritas no relato de algumas das minhas experiências profissionais, que deixa entrever as categorias e os pressupostos de atividades multi e interdisciplinares.

Procurando esclarecer, à luz dos conhecimentos científicos atuais, esse fato ou fenômeno da prática institucional, iniciei um estudo sobre a importância da integração da equipe multidisciplinar na Reabilitação. Um dos primeiros fatores que emergiu, como influenciando esse movimento de busca por uma melhor qualidade de atuação, foi a formação profissional deficiente. Por esse motivo foram levantados dados sobre a formação médica, por ser a área que me é mais familiar, constatando-se que a partir do século XIX a divisão do saber e o modo de transmiti-lo, através da educação, favoreceram a especialização profissional. Esta, por sua vez,

favoreceu o surgimento de uma multiplicidade de profissões, de técnicas e práticas sofisticadas.

A formação especializada divide o conhecimento sobre o paciente em áreas, o que dificulta a compreensão do todo do ser e favorece o atendimento fragmentado ao paciente. Mas como na prática lidamos com uma realidade que é um todo – o ser humano nos seus aspectos físicos, psicológicos e sociais, necessitamos de um conhecimento abrangente. Assim, alguns profissionais buscam na formação de equipes multi(inter)disciplinares a integração dos saberes que não poderiam estar separados por serem complementares e essenciais para a compreensão do outro.

Em relação à Reabilitação sua especificidade demanda um trabalho multidisciplinar, que é atendida pelas instituições, podendo ocorrer a formação de equipes para discussão dos casos.

O trabalho nessas equipes, de um modo geral, é difícil e pouco satisfatório. As maiores dificuldades são causadas por fatores individuais (individualismo profissional e medo de mudanças), psicossociais (falta de diálogo, luta pelo saber e pelo poder, e objetivos múltiplos), e organizacionais (normas e regulamentos, recursos físicos e materiais), que interferem na qualidade do trabalho de Reabilitação. A insatisfação se expressa tanto nas críticas desfavoráveis que ressaltam os desconhecimentos teóricos, as faltas de habilidade técnica e as incompetências, quanto no desejo de um trabalho ideal.

Para comprovar esta minha percepção, realizei um estudo teórico-prático que englobou:

- o levantamento histórico-social dos fatores que influenciam a prática profissional, utilizando os conceitos teóricos de Foucault (1977, 1986) para entender e analisar o desenvolvimento do proces-

- so institucional, do exercício profissional e das relações de poder;
- a análise da situação atual, usando normas, regulamentos e dados oficiais (Guia do Estudante, 1989; Códigos de Ética; Classificação Brasileira de Ocupações, 1982) para levantar os problemas relacionados à formação profissional e à prática estabelecida no Brasil, hoje;
- uma reflexão comparativa sobre a qualidade do trabalho em equipe, baseada em Japiassu (1976) e no relato de experiências profissionais, para levantar as categorias que constituem a prática conjunta; e
- uma pesquisa de campo, realizada em uma instituição de Reabilitação na Zona Sul do Rio de Janeiro, que se constituiu em três etapas: observação e investigação participativa; levantamento dos documentos legais da instituição, e análise quantitativa e qualitativa do material verbal manifesto nos formulários aplicados. (Ludke & André, 1986)

Este estudo teórico-prático teve por finalidade analisar uma instituição de Reabilitação e compreender a dinâmica de um grupo de profissionais que nela atuam. Nessa análise foram utilizados os conceitos de Simeray (1974), Bleger (1980) e Maisonneuve (1980). Visou, ainda, elucidar o conhecimento e a percepção que os profissionais têm sobre o trabalho em equipe e quais os fatores que o influenciam, dificultando ou facilitando essa prática profissional.

A proposta deste estudo é uma reflexão crítica sobre a nossa formação e o nosso conhecimento teórico e, consequentemente, sobre o nosso exercício profissional, nos consultórios e nas instituições, e, principalmente em equipes multi(inter)disciplinares.

CAPÍTULO I

ORIGENS HISTÓRICO-SOCIAIS

DOS FATORES QUE INFLUENCIAM A PRÁTICA PROFISSIONAL

Para melhor compreensão da dinâmica de uma equipe inter(multi)disciplinar de reabilitação, e para analisar criticamente a prática profissional, vai-se em primeiro lugar às origens histórico-sociais estabelecendo os fatores que influenciam e estruturam o exercício profissional, facilitando ou dificultando o seu desenvolvimento. Desvenda-se: a história, mapeando-a através dos marcos mais significativos no desenvolvimento do conhecimento - base científica da atuação; o percurso da educação e da formação profissionais; as condições sociais, e o contexto institucional no qual a equipe teve suas origens e sua implantação no Brasil.

Tratando-se de um estudo sobre a atuação profissional numa instituição médica, o levantamento histórico incidiu especialmente sobre o trabalho dos cientistas que influenciaram o desenvolvimento do saber no campo das Ciências Biológicas e Humanas e, especificamente, sobre as áreas médica e psicológica.

1.1. O CONHECIMENTO TEÓRICO

Como ponto de partida, poder-se-ia optar por buscar no campo filosófico ajuda para compreender as dificuldades de integração dos diversos conhecimentos na área da Saúde e questionar se o pressuposto do dualismo - corpo x alma - ainda seria um obstáculo à prática interdisciplinar. (Descartes, 1973)

O modelo cartesiano foi útil, principalmente na Medicina e teoria mecanicista facilitou a produção do saber. Contudo, os importantes avanços da Biologia, através das descobertas e teorias de Virchow, Pasteur e Koch ao darem uma sustentação científica à prática da Medicina, acentuaram seu encaminhamento ao reducionismo biológico. E, trezentos e cinquenta anos após Descartes, a Medicina se baseia no corpo funcionando como uma máquina, cabendo ao médico (mecânico) consertá-la. A melhor atualização, na área da Neurologia, é comparar o cérebro ao computador !

Por outro lado, em outras áreas de conhecimento, tais como as Ciências Humanas e Sociais, há uma forte tendência para a diversificação de modelos e correntes teóricas.

Dificilmente a história do saber médico poderia ser separada da história do saber psicológico. As origens da Medicina são muito antigas e poucas ciências tiveram tanta evolução. Confundida a princípio com as religiões, com os sistemas filosóficos e as tradições culturais, começou sua estruturação com Hipócrates (séc. V a.C.), na Grécia, que transformou a arte de curar numa ciência de observação, definiu as leis da saúde, representou os temperamentos e estabeleceu uma terapêutica natural. Hipócrates destacou, ainda, a influência das paixões sobre o funcionamento do corpo e também da saúde. (JBM, 1988)

Cem anos depois, na Escola de Alexandria, foi criada a Anatomia, com a dissecação de cadáveres humanos. Pouco antes da desagregação do Império Romano, Galeno tornou-se o primeiro fisiologista e atribuiu ao cérebro as faculdades psíquicas, rompendo com a concepção anterior em que elas eram atribuídas às religiões e ao sobrenatural. As concepções teóricas de Galeno seriam contestadas por Harvey no século XVII.

Por volta do século IV a ciência médica, praticada principalmente por sacerdotes ou monges, ainda estava intimamente ligada às crenças religiosas e os hospitais eram construídos ao lado dos mosteiros.

Quando a instrução começou a propagar-se, a Igreja interditou progressivamente ao clero o exercício da Medicina, confiando esta arte aos leigos. Iniciou-se uma era pré-renascentista com a Escola de Salerno, que seguia a tradição hipocrática dos manuscritos dos mosteiros e, depois, com a Faculdade de Montpellier, que propagou as idéias dos médicos árabes.

Com a invenção da imprensa (1450) surgiu o período fértil do Renascimento. Foi o século da Anatomia.

A partir do século XVII a Medicina progrediu rapidamente, aproveitando as descobertas de outras ciências. O acontecimento mais importante dessa época foi a descoberta da circulação do sangue pelo inglês Harvey, contestada por Descartes (Descartes, 1973). O microscópio abriu os olhos do mundo aos microorganismos e células. Leeuwenhoeck e Andry criaram a Bacteriologia.

No século XVIII Morgagni criou a Anatomia Patológica; Bichat contribuiu para a Anatomia Descritiva; na Inglaterra, Hunter criou a Patologia Experimental e Jenner praticou as primeiras vacinações antivariólicas. Das guerras e da Revolução Francesa surgiram os cirurgiões militares. Gall estudou o sistema nervoso.

Ao finalizar o século XVIII a Medicina havia reunido um acervo de conhecimento muito maior do que jamais tivera, porém havia progredido pouco em relação ao diagnóstico e ao tratamento.

1.1.1. No século XIX

A revolução cultural iniciada durante a Revolução Francesa (1789) interfere e influencia na demarcação do conhecimento teórico e na separação das disciplinas. Porém tal separação não pode ser aplicada à reconstituição do conhecimento teórico, tornando-se difícil a classificação dos saberes em áreas específicas, uma vez que um conhecimento produzido em uma determinada área (ou especialidade) se interrelaciona e influencia todo o conhecimento, nas diversas áreas.

Na primeira metade do século XIX a Fisiologia libertou-se da especulação metafísica e se tornou uma ciência natural baseada na pesquisa experimental. Claude Bernard, fundador da Medicina Experimental, lançou as bases da Fisiologia moderna com seus conceitos e trabalhos de pesquisa. (JBM, 1988)

Na segunda metade do século o conhecimento fisiológico foi enriquecido por Pavlov, doutor em ciências naturais e fisiologista, cuja obra trouxe novos dados sobre a digestão gástrica e pancreática e, principalmente, o conceito do reflexo condicionado, tão importante ao desenvolvimento da Psicologia. O trabalho de Pavlov forneceu bases para um conhecimento maior do homem como unidade bio-psico-social.

Nesse período ocorreu também o desenvolvimento da Fisiologia ótica (Helmholtz) e da Química fisiológica, com o trabalho de Liebig, que estabeleceu a relação entre a Química orgânica e a Fisiologia, e introduziu o conceito de metabolismo.

O maior presente da Medicina ao século XIX - a teoria microbial da doença - veio de Pasteur, um cientista que não era médico! Deve-se ressaltar os trabalhos de Koch, médico alemão, e

de Ehrlich, cujas descobertas proporcionaram o ataque conjunto contra os micróbios.

Ao século XIX dever-se o desenvolvimento da anestesia e da assepsia (Semmelweis e Lister), o que proporcionou à Cirurgia um brilhante período de exploração e inovação. A cavidade cerebral foi manuseada em 1884 para remoção de um tumor cerebral.

A teoria da evolução de Darwin, publicado em 1859, trouxe dinamismo à Biologia que se tornou uma ciência independente da Medicina e influenciou todo o conhecimento científico. Simultaneamente nasceram: a Paleontologia, com o trabalho de anatomistas comparativos liderados por Cuvier, a Genética nos jardins de Mendel e a Antropologia, a partir das descobertas de fósseis humanos, iniciadas com o esqueleto de Neanderthal em 1856.

O maior avanço na Medicina Clínica nesse período foi na arte de conhecer as doenças pelos seus sinais e sintomas. Skoda ensinou que os fenômenos físicos perceptíveis são da maior importância no diagnóstico. Produziu-se, então, um grande número de sinais físicos (de Skoda, de Babinski, de Magendie) associados com uma doença ou disfunção, enriquecendo a literatura médica com várias centenas de nomes (epônimos).

Aperfeiçoaram-se os novos aparelhos de diagnóstico (oftalmoscópio, broncoscópio, etc.). Com o uso de substâncias de contraste no exame radiológico foi possível a visualização do interior dos órgãos. Tais evoluções proporcionaram ao médico condições de fazer diagnósticos mais concretos do que especulativos. Por outro lado, o fortalecimento da etapa diagnóstica teve como consequência o enfraquecimento da fase do tratamento, que se processava por si mesmo.

Desenvolveram-se várias especialidades: a Obstetrícia e a Ginecologia; a Urologia, com os avanços na cirurgia da próstata e em cateterização renal, endoscopia e citoscopia, e a Dermatologia.

A Psiquiatria, que havia sofrido no século XVIII a influência do desenvolvimento da Psicologia, se firmou como disciplina autônoma, didática e clínica a partir das teorias do médico Pinel, que considerou a alienação mental como uma doença comparável às doenças orgânicas e inaugurou o tratamento médico da loucura. Pinel contribuiu, ainda, para o estabelecimento do quadro nosológico das doenças mentais, que foi complementado por seu discípulo Esquirol, ao diferenciar, por exemplo, a idiotia da demência, as alucinações das ilusões. (Melo, 1979)

Kraepelin estudou a psicose maníaco-depressiva e a demência precoce; classificou as doenças mentais segundo sua importância, sua evolução e seu estado terminal; aplicou os métodos de Wundt ao campo da Psicopatologia.

A Neurologia obteve uma base científica para suas pesquisas anatômicas e fisiológicas. Na França, além dos estudos de Magendie, esclarecedores da distinção entre nervos sensitivos e motores, e de Duchenne, com as pesquisas eletrofisiológicas, vários outros cientistas foram importantes para o desenvolvimento desta especialidade.

Broca, cirurgo e antropólogo, em 1861 iniciou o estudo científico da relação existente entre cérebro e mente, ao constatar que dificuldades específicas do uso expressivo da fala seguiam-se, de forma sistemática, a danos causados à determinada parte do hemisfério esquerdo do cérebro. Considerado uma autoridade em afasia e pioneiro do estudo na moderna área da craniologia,

deu inicio ao mapeamento cerebral.

Na Inglaterra Jackson, um dos fundadores da Neurologia moderna e primeiro a descrever as epilepsias motoras unilaterais, a analisar os distúrbios da linguagem e a introduzir a noção de localização cerebral das lesões, partilhou o campo do conhecimento neurológico com conterrâneos como Gower e Sherrington.

A Psicologia também teve seu maior desenvolvimento e se constituiu como um ramo autônomo do conhecimento humano. Nessa época, libertando-se da Filosofia, colocou-se como ciência experimental com base no modelo da Biologia proposto por Claude Bernard. A Psicologia científica apareceu a partir da publicação por Fechner, em 1860, dos "Elementos de Psicotíssica" em que quantificava os fenômenos psíquicos e estabelecia uma associação entre a intensidade da sensação e a intensidade do estímulo. Esses princípios foram aplicados ao domínio da memória por Ebbinghaus. (Wertheimer, 1976)

Em 1879 Wundt, fisiólogo e psicólogo alemão, estudando os dados imediatos da consciência, instalou em Leipzig o primeiro laboratório experimental destinado às investigações psicológicas.

Na Inglaterra Galton, inspirado na teoria da evolução de Darwin, interessou-se pelas diferenças entre indivíduos e entre grupos para investigar a hereditariedade. Avaliou as aptidões de vastos grupos de pessoas com o auxílio de provas, consideradas os primeiros testes psicológicos, e inventou técnicas estatísticas para processar seus resultados.

Na França Binet utilizou os mesmos processos de Galton, mas enfatizou que a melhor maneira de diferenciar os indivíduos era enfocá-los pelo ângulo de suas funções superiores. Seu trabalho se estendeu ao século XX, ao criar em 1905 a primeira aferição

da inteligência, com a finalidade de determinar a inaptidão de certas crianças em acompanhar o ensino primário.

Com relação à Psicologia Clínica, Witmer fundou na Pensilvânia, em 1896, uma clínica psicológica para atendimento às crianças com dificuldade de aprendizagem e distúrbios do comportamento. Estruturou, também, a prática da clínica psicológica e definiu o uso de técnicas para o diagnóstico e tratamento de casos individuais. Inventou a moderna equipe interdisciplinar, composta de um médico, um psicólogo e um assistente social. (Walker, 1983)

No campo do conhecimento psíquico, Charcot, médico e acadêmico francês, conhecido pelos seus trabalhos sobre as doenças nervosas e em especial sobre a histeria, influenciou seus alunos: Babinski, que desenvolveu os sinais de diagnóstico através do conhecimento dos reflexos; Binet e Janet, que desenvolveram a teoria da dissociação e estudos sobre a histeria; Freud e Breuer, que fizeram modificações na teoria da dissociação. Charcot sustentou que a causa das paralisações na histeria não era orgânica, mas sim de origem traumática, contribuindo para ressaltar a importância da vida afetiva no desenvolvimento normal e patológico de cada indivíduo.

Com a obra de Freud, médico neurologista e professor de Neuropatologia, que valorizou a natureza humana, houve uma significativa mudança na forma de estudar e tratar as doenças mentais. Freud se afastou da corrente científica da época - de valorização dos sinais físicos e neurológicos - priorizando os sintomas como significativos de processos psicológicos, propondo uma outra forma de tratamento psicológico - a Psicanálise.

1.1.2. No século XX

Dois acontecimentos político-sociais influenciaram o desenvolvimento científico neste século. A I Guerra Mundial marca o término do período contemporâneo, e a II Guerra Mundial ocasiona mudanças profundas em todas as áreas da vida humana.

No século XX, a Medicina torna-se aliada de outras ciências: recorre à Física, à Bioquímica, à Sociologia, à Antropologia, quebrando antigas barreiras entre a Anatomia e a Fisiologia, entre orgânico e inorgânico. Surgem os equipamentos sofisticados de diálise, tomografia computadorizada, marca-passo cardíaco, etc. (JBH, 1988)

A Psiquiatria apresenta as seguintes tendências: filosófica, de Jaspers e Binswanger, que pretende chegar à compreensão do doente e não apenas à explicação de seus sintomas; biológica e farmacológica, fundamentada em importantes técnicas terapêuticas e novos medicamentos; e psicossomática, que reafirma a noção da unidade global da pessoa humana e a interrelação entre psique e soma, utilizando-se de teorias de Freud, Meyer e Jung.

O desenvolvimento da Psicologia, a par de numerosas correntes de pensamento, ocasionou o aparecimento de diversas especialidades: psicologia animal ou comparada; do desenvolvimento, de Gesell, Piaget e Wallon; do comportamento, de Watson e Skinner; da gestalt ou da forma, de Koffka, Wertheimer e Kohler; social, etc. Como ciência aplicada está subdividida em: Psicologia clínica, educacional e do trabalho.

Decorrente dos trabalhos de Broca, Charcot e Wernicke desenvolveu-se a Psicofisiologia, que analisa a relação existente entre o sistema nervoso e os fenômenos psíquicos, em especial a

localização cerebral das funções psicológicas principais.

A Neurologia, vinculada em suas raízes à Psiquiatria, vai se constituindo pouco a pouco em uma disciplina independente, não obstante a controvérsia, mantida por longo tempo, sobre a unidade dessa área do conhecimento (Neuropsiquiatria).

"... O pensamento neurológico moderno, fortemente influenciado, sem a menor dúvida, pela obra de Kurt Goldstein, tende, efetivamente, a libertar-se, cada vez mais, da rigidez do esquema anatomo-clínico, e a abandonar os métodos puramente analítico-discriminativos da Neurologia clássica, para aderir aos critérios fundamentalmente biológicos, dinâmicos, totalistas ou holistas, igualmente sustentados por grandes vultos da Psiquiatria contemporânea." (Melo, 1979:62)

Com os trabalhos de Vigostki (1930) sobre as consequências da atividade humana, na medida que transforma tanto a natureza como a sociedade, tem início os estudos neuropsicológicos. Luria (1975), amigo e colega de Vigostki, analisou as funções superiores do homem nas suas relações com os mecanismos cerebrais. Para ele os sistemas funcionais, responsáveis pelo comportamento humano e pelas funções fisiológicas, são sistemas complexos e plásticos que integram uma constelação de áreas cerebrais. Ao considerar a organização do ambiente social como um determinante fundamental desses sistemas funcionais e ao pesquisar o funcionamento do cérebro comprometido por lesões, Luria tornou-se um expoente da Neuropsicologia moderna e deu origem à Neurologia romântica. (Sacks, 1988)

A Neurologia engloba a Neuroanatomia, a Neurofisiologia, a Neurobiologia, a Neuropatologia, a Neurofarmacologia, etc.

No campo da Fisiatria, a partir de 1930, Krusen introduziu uma variedade de agentes físicos, como calor, frio, água, ele-

tricidade e exercícios terapêuticos para o tratamento científico de várias condições músculo-esqueléticas e neurológicas. Após a II Guerra Mundial, Rusk expandiu a especialidade incluindo, além dos agentes físicos, a intervenção psicológica, social e vocacional. Esse processo de reabilitação introduziu os médicos na, agora denominada, Medicina Física e Reabilitação que foi incorporada como especialidade médica em 1947. (Boletim Informativo, 1991)

1.2. A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

À profissão de médico não obedecia, na Antiguidade, a garantias de capacidade e estudos anteriores. A primeira escola médica foi a de Salerno, criada sob a égide da Igreja Católica (Ordem Beneditina). (Foucault, 1977)

No Fim da Idade Média surgiram as cartas de maestria concedidas aos "mestres" em ciências físicas e médicas. No século XII os estatutos da Escola de Paris já exigiam o doutoramento, ou pelo menos a licenciatura, para a prática da Medicina em Paris.

Segundo Foucault (1977:48-97), os decretos de Marly (março de 1707) regularam na França a prática da Medicina e a formação dos médicos no decorrer do século XVIII. A Medicina seria ensinada em todas as universidades do reino; os estudantes só receberiam seu grau após três anos de estudos devidamente verificados por inscrições de quatro em quatro meses e a cada ano, após exames, receberiam título de bacharel, licenciado e doutor; os cursos de anatomia, farmácia química e galênica, seriam obrigatórios, além das demonstrações de plantas. Proibia-se o exercício da Medicina sem o grau de licenciado.

Já no final do século, este panorama sofreria modificações. Suprimiam-se as pequenas faculdades, onde haviam poucos e incompetentes professores que distribuiam ou vendiam exames e títulos. Só algumas faculdades importantes, que formariam doutores de qualidade incontestável, deveriam existir; seria necessário também incluir nos estudos as matemáticas, a geometria, a física e a química, aumentando o tempo necessário para a formação. Principalmente, seria indispensável um ensino prático. Mas, enquanto cabia ao Estado o controle do ensino teórico, a prática seria deixada à iniciativa privada.

Em agosto de 1791 as universidades são fechadas. Nem exames nem títulos de competência seriam mais requisitos básicos, e sim a idade, a experiência e a veneração dos cidadãos. Quem quisesse ensinar matemática, belas artes ou medicina poderia obter de sua Municipalidade um certificado de civismo e probidade, e material de ensino e participação. As Escolas de Medicina não mais existiam.

Os médicos formados pela Faculdade eram tidos como charlatões, os empíricos tinham plena liberdade de ação. Em vigência da guerra, muitos médicos foram para o Exército como voluntários ou convocados. Surgiram os "oficiais de saúde", formados na prática: os oficiais de saúde de primeira classe possuíam uma formação prévia, mas todos os demais só conheciam da Medicina o que aprendiam pouco a pouco. E estes oficiais, quando liberados do Exército, se instalavam como médicos na cidade e no campo.

A par disso, acontece a "desospitalização da doença" (Foucault, 1977:73), decorrente da necessidade de atender aos feridos militares, deixando a população sem proteção ou socorro.

As consequências dessa Medicina "selvagem" e da desospitalização são desastrosas, provocando o surgimento de organismos de proteção contra esta situação calamitosa.

Em várias grandes cidades as administrações decidiram, por si, estabelecer um controle sobre os que pretendiam exercer a Medicina. Formaram-se comissões, com médicos do antigo regime, que deveriam julgar os títulos, o saber e a experiência dos recém-formados. Algumas universidades extintas funcionavam semi-clandestinas; os que quisessem se instruir deveriam se juntar aos antigos professores e os acompanhar em suas visitas. Era no hospital, ao leito do doente, que os professores realizavam seu ensino e avaliavam seus alunos. Ao término desses estudos privados seria fornecido ao estudante um "diploma oficioso", atestando que ele se tornara um verdadeiro médico.

A dupla abolição das velhas estruturas hospitalares e da universidade permitiu a comunicação imediata do ensino com o campo concreto da experiência.

Por outro lado, na Grã-Bretanha e na Europa Ocidental, a educação médica há séculos vinha sendo orientada pelas Universidades e por outras entidades de ensino controladas pelo Governo.

A formação profissional no Brasil foi influenciada pelos acontecimentos histórico-sociais e estruturada segundo as normas vigentes na Europa, uma vez que éramos colônia de Portugal.

Com a vinda da Corte Portuguesa para o Brasil em 1808, houve uma mudança radical na sociedade brasileira. Em todos os setores de atividades públicas e particulares operaram-se profundas mudanças em consequência das medidas tomadas por D. João VI em favor do país.

1.2.1. No Brasil

Até o início do século XIX a situação era precária. Predominava a medicina rudimentar, exercida por boticários, curandeiros e benzedores, com remédios simplórios e caseiros, valendose da experiência indígena. (Stepan, 1976)

Os poucos profissionais existentes eram os físicos ou licenciados — médicos propriamente ditos, formados em escolas europeias, e os cirurgiões-barbeiros — habilitados ou aprovados na metrópole ou no Brasil, após exames perante as autoridades sanitárias, para exercer a cirurgia.

O ensino médico formal começou em 1808 quando a Coroa autorizou que médicos e cirurgiões oferecessem cursos de cirurgia e anatomia nos hospitais militares do Rio de Janeiro e da Bahia. Em 1832 foram criadas as duas Escolas de Medicina autorizadas a fornecer diplomas.

O fato de só existirem essas duas escolas médicas até o início do século XX, além do fato de poucos médicos se formarem (muitos desistiam ou não passavam nos exames) e de que muitos que se formaram não exerciam a profissão, limitou o número de profissionais no Brasil.

A ciência médica, que tanto se ressentia da falta de profissionais, da deficiência de livros e de revistas especializadas, lutando com dificuldades de intercâmbio cultural, melhorou e expandiu-se consideravelmente. Em 1850 a epidemia de febre amarela forçou o progresso dos serviços de higiene e das pesquisas médicas. Associado a isso, desenvolveu-se a imprensa médica.

A República levou cerca de 30 anos para criar novas instituições. Em 1920 foi criada a Universidade do Rio de Janeiro, a

mais antiga do país, nascida da fusão de três Faculdades: Medicina, Direito e Politécnica, e em 1932 foi criada a Universidade de São Paulo.

A Psicologia se desenvolveu em laboratórios de escolas ou instituições clínicas no período de 1906-1930. A Psicanálise aparece em 1928, através do grupo psicanalítico organizado por médicos paulistas, iniciando a formação de psicanalistas.

A partir da II Guerra Mundial a história da formação profissional no Brasil se confunde novamente com a mundial, havendo proliferação desordenada das faculdades e a introdução de novas especialidades.

Em 1950 foram fundadas duas escolas para formação de técnicos, de nível universitário, em Fisioterapia e Terapêutica Ocupacional.

1.3. A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

Na Antiguidade o hospital era o lugar onde um hóspede era recebido e denominava-se em latim "hospitium". No Céilão relata-se a existência de hospitais cinco séculos antes de Cristo. Na Ilha de Cós, conquistada por Pedalírio, filho de Esculápio (ou Asclépio) foi fundado o Asclépio, onde Hipócrates se formou.

Em Epidauro ficava o templo central, de onde saiam as imagens das serpentes para os novos templos-hospitais, que se difundiram pela Grécia. Atenas recebeu o primeiro templo-hospital no séc. V a.C. Os templos-hospitais consistiam num amplo edifício, em cuja nave havia um altar onde se realizavam sacrifícios de animais trazidos pelos enfermos e onde figuravam os elementos terapêuticos tais como sal, cinza, mel e água mineral.

Erguiam-se em colinas ou fraldas das montanhas, abrigados dos ventos, junto às praias ou florestas, de preferência junto às fontes, onde os doentes se purificavam com banhos, massagens e unções, antes de entrarem no templo, revestidos com túnica branca. Era usual a prática dos ex-votos, representada por modelos da religião tecida do corpo ou por quadros votivos: as "promessas" dos templos populares do Brasil de hoje. Roma, sob a inspiração da Grécia, construiu organizações hospitalares do tipo asclepiano.

Na Era Cristã, com o decreto de Constantino transformando as organizações existentes em hospitais cristãos, iniciou-se o atual sistema hospitalar, abolindo-se o culto da serpente. Na fase em que a assistência aos enfermos passou a ser feita sob a égide da Igreja Católica, surgiram algumas instituições entre as quais o cemitério de Santo Gall, que possuía hospital com enfermaria, unidades de isolamento, farmácia, banheiros e instalações para médicos e administradores.

O primeiro hospital cristão erguido na França foi o Hôtel-Dieu de Lyon (em 512) seguido pelo Hôtel-Dieu de Paris (em 656). Do século VII ao XIX, em toda a Europa, desdobraram-se os hospitais do Santo Espírito (em torno de 900 hospitais).

Do século XII ao século XVI os hospitais foram administrados por sacerdotes e religiosos; a Idade Média, assolada por epidemias e pandemias, exigiu casas de quarentena, sendo a primeira erguida em Pisa no século XV, junto à Igreja de São Lázaro. No Renascimento, os hospitais começam a perder o caráter monástico passando para o domínio dos municípios, e no século XVIII ocorrem as primeiras reformas relativas à higiene e regulamentação interna. Começaram a surgir os grandes hospitais e dispensários, evoluindo sob a influência das escolas médicas e universidades.

"Antes do século XVII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres . . ." (Foucault, 1986:101)

de separação e exclusão, de transformação espiritual - que o hospital neveria assegurar - e de reclusão, pois deveria proteger os outros do perigo que o doente pobre encarnava. O hospital era um lugar para morrer.

"O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais." (Foucault, 1986:99)

Ocorre a transformação do hospital em organização funcional e eficiente, buscando "a anulação dos efeitos negativos do hospital" (Foucault, 1986:103). Em função do custo do homem (militar), cuja formação, adestramento, etc. passa a ter um preço para a sociedade, o hospital deve funcionar dentro do espírito da época, com o objetivo de lucro (cura, investigação científica e análise de fatores e fenômenos).

"Podemos dizer: isto não é novidade, pois há milênios existem hospitais feitos para curar; podemos afirmar que talvez se tenha descoberto, no século XVIII, que os hospitais não curavam tão bem quanto deviam. Nada mais que um refinamento nas exigências formuladas a respeito do instrumento hospitalar." (Foucault, 1986:101)

Tornou-se necessário, portanto, disciplinar o hospital. E esse poder disciplinar é confiado ao médico, que passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar, ocorrendo uma ruptura com o esquema religioso. Dessa maneira,

"... A formação de uma disciplina hospitalar deve-se, por um lado à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, à transformação, nesta época do saber e da prática médicos." (Foucault, 1986:107)

No segunda metade do século XIX a instituição hospitalar sofre a influência de Pasteur. Na Grã-Bretanha Florence Nightingale, criadora do ensino de enfermagem, surge como pioneira em organização e administração hospitalar.

O grande desenvolvimento da reabilitação ocorreu neste século após a II Guerra Mundial, em consequência da necessidade de se promover o pronto restabelecimento dos soldados feridos e mutilados, bem como da necessidade de se empregar na indústria de guerra o imenso potencial humano representado pelos indivíduos de capacidade física reduzida.

Desenvolvida dentro de clínicas e hospitais a reabilitação mantém as mesmas características dessas instituições. De caráter público ou particular, devem estar aparelhadas para prestar assistência médica e cirúrgica a pessoas doentes ou acidentadas.

1.3.1. No Brasil

A necessidade de um hospital surgiu com a transferência dos moradores da Vila de São Vicente, arrasada por um maremoto em 1541, para o povoado criado por Brás Cubas nas cercanias da atual Alfândega de Santos. Muitos moradores estavam doentes, juntandose a eles os marinheiros vindos da Europa. Tal fato exigiu a fundação de um hospital nos moldes dos existentes em Lisboa e Porto, sob a invocação de todos os Santos, com fins de misericórdia. A Santa Casa de Misericórdia de Todos os Santos, o primeiro hospital do Brasil, foi inaugurada em 1 de novembro de 1543. O crescimento da

rêde hospitalar foi desordenado, predominando os hospitais tipo Santa Casa da Misericórdia.

A partir do século XVII surgiram no país os hospitais militares, destinados a tropas, e as enfermarias mantidas por ordens religiosas, destinadas a seus congregados. No séc. XVIII surgem os lazaretos. No século passado, paralelamente ao ensino médico, se instalaram hospitais gerais que superaram as Santas Casas, gradativamente destinados não só aos pobres, mas a todas as classes sociais. A assistência hospitalar melhorou consideravelmente. Em 1889 D. Pedro II inaugurou o Hospital São Sebastião, na cidade do Rio de Janeiro.

Com o advento do interesse pelas ciências microbiológicas e a descoberta que as epidemias podiam ser controladas abriu-se uma nova era para a Medicina no Brasil.

A previdência social foi introduzida através da Lei Eloy Chaves, de 24/01/23. Na década de 30 foram estruturados os órgãos da Previdência Social e criados os institutos de aposentadorias e pensões; no Rio de Janeiro foi elaborado um plano para a rede hospitalar que favoreceu o progresso no setor da assistência hospitalar.

Em torno de 1950 foram fundados alguns centros de reabilitação (Centro de Reabilitação da ABR, Instituto de Reabilitação da USP, Centro de Reabilitação Lourival Ribeiro, Conjunto Sanatorial de Curicica). No mesmo período, a reabilitação foi incluída como um das finalidades da Sociedade Brasileira de Medicina Física e foi iniciada a publicação da primeira revista da especialidade editada no país, a Revista Brasileira de Reabilitação.

Nos Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura foram organizados programas para tuberculosos, leprosos, surdo-murdos e

cegos. Nos institutos de previdência social foram criados órgãos especializados, com os centros de reabilitação.

Em maio de 1974, através da Lei 6.006, foi criado o Ministério da Previdência Social, por desmembramento do Ministério do Trabalho (Pereira, 1990), que passa a ser o órgão centralizador da assistência à saúde através de seus próprios hospitais ou de convênios com outras instituições.

1.4. INTER-INFLUÊNCIAS DETECTADAS

O primeiro fator analisado - o conhecimento teórico - sofre um desenvolvimento progressivo a partir das religiões, dos sistemas filosóficos e das tradições culturais. É estruturado a partir de Hipócrates e progride rapidamente a partir do século XVII. Os acontecimentos sociais mais marcantes no decorrer da História, que interferem e influenciam o desenvolvimento desse conhecimento, são as revoluções, as epidemias e as guerras.

Com relação ao pressuposto ideológico-filosófico da divisão entre corpo + mente, concluiu-se que o conflito se estabeleceu no campo do conhecimento teórico e na formação profissional a partir do século XV.

A partir do século XIX, aprimora-se a qualidade do conhecimento produzido e a inter-influência entre os vários campos do saber favorece o desenvolvimento do conhecimento em áreas afins.

Com relação à transmissão do saber pode-se ressaltar o nacionalismo, de modo que dependendo da origem da obra que se consulta "são valorizadas as criações nacionais e não citadas as de autores "estrangeiros" que estudam o mesmo assunto".

Em relação ao Brasil, não há marcos significativos quanto à produção de conhecimento teórico que é importado tanto da Europa quanto dos Estados Unidos da América. Os estudos aqui produzidos tem um caráter eminentemente prático, com os conhecimentos teóricos adaptados à nossa situação sócio-cultural.

Quanto ao segundo fator - a formação profissional - o levantamento incidiu sobre as origens européias e mostrou que o seu desenvolvimento também sofre a influência das guerras e epidemias.

O exercício profissional é marcado por ciclos de exigências formais, que garantiriam a qualidade da prática e a competência profissional, seguidos por períodos de maior liberalidade, nos quais se valorizava a experiência e o aprendizado na prática. Estas mudanças são feitas em nome da qualidade do trabalho profissional e não em função de avaliações mais abrangentes que englobassem as normas e propostas institucionais.

A situação da Saúde no Brasil era (e é) precária. A instituição hospitalar já existia desde 1543 surgiram hospitais porém não havia formação de profissionais de saúde que pudessem atender ao seu funcionamento. A Medicina era exercida por físicos formados no exterior ou por curiosos e práticos. Somente em 1920 foi criada a primeira universidade e a partir daí há proliferação das disciplinas.

O terceiro fator - a instituição de saúde - tem o seu desenvolvimento marcado sempre pela influência religiosa e pelas ocorrências sociais, desde suas origens na Antiguidade. A partir do século XVIII ocorrem as primeiras reformas, no sentido de transformar o hospital em organização funcional e eficiente, ainda em função das guerras e epidemias e da necessidade de se adaptar

às condições sócio-culturais da época, com objetivo de lucro (eficiência, cura e investigação científica).

No Brasil a instituição de saúde seguiu o modelo português, de orientação religiosa. No século XVII surgiram os hospitais militares e somente no século XVIII foram instalados hospitais para atendimento à população em geral, e não só destinados ao atendimento de determinados segmentos sociais e/ou determinadas patologias (lazaretos).

A partir de 1930 foi elaborado um plano governamental para estruturar o atendimento médico no país.

Através da análise desses fatores surge um acontecimento social que influencia, incontestavelmente, a prática profissional e o desenvolvimento da reabilitação - a II Guerra Mundial.

Tal acontecimento define o exercício profissional na área de saúde. As atividades paramédicas, exercidas pela enfermagem especializada, assistentes sociais e técnicos de serviços auxiliares, estavam com suas atribuições definidas nas instituições médico-assistenciais. Os psicólogos começavam a se firmar no mercado de trabalho, de uma forma ainda incipiente e sem uma definição clara de sua atuação como profissional da área da saúde.

Com a decisão dos Estados Unidos da América de participar na II Guerra Mundial, foi mobilizado um grande número de médicos psiquiatras, deixando desassistida a população civil. Nessa situação, as autoridades norte-americanas recorrem à colaboração dos psicólogos clínicos, que eram em sua grande maioria do sexo feminino, para "realização eventual e esporádica de pelo menos algumas tarefas assistenciais ao seu alcance." (Melo, 1979:72)

A função destinada ao psicólogo na instituição médica era de profissional paramédico, porém, segundo Nobre de Melo

(1979) "inconformados com as posições que ocupavam em suas respeitivas unidades de trabalho, passaram então a empenhar-se na conquista de uns tantos privilégios, que as contingências locais, sobrevindas, tendiam a fomentar." (Melo, 1979:72)

Ao terminar a Guerra, com o retorno dos médicos psiquiatras ao mercado de trabalho, o conflito cresceu e persiste até nossos dias, tanto em relação à regulamentação do exercício profissional quanto em relação à utilização das técnicas específicas de atendimento e tratamento.

Para o médico, os profissionais paramédicos complementam o seu trabalho ajudando-o no diagnóstico e no tratamento. Mantém-se, assim, a discussão quanto à responsabilidade pelo tratamento, que é julgada uma prerrogativa legal médica.

À luz dessas reflexões, discute-se no capítulo II a problemática situação atual.

CAPÍTULO II

A PROBLEMÁTICA SITUAÇÃO ATUAL

O exercício profissional, no Brasil, hoje, é consequência de toda uma estrutura social montada a partir de nossa colonização e da importação de modelos europeus ou americanos – nem sempre os melhores –, precariamente adaptados ao estilo brasileiro.

A transmissão do conhecimento teórico e a formação profissional são originárias e estão ligadas aos problemas da educação no país; esta, por sua vez, está ligada aos problemas sociais, políticos e econômicos, que influenciam e modam as suas características.

Levantando-se os dados referentes às áreas do conhecimento que estão envolvidas na Reabilitação é possível detectar os conflitos que se estabelecem no decorrer da prática profissional e na descrição das funções que delimitam o exercício profissional no mercado de trabalho.

2.1. DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Numa recente publicação, destinada aos vestibulandos de 1990 (Guia do Estudante, 1989), são relacionadas 193 profissões universitárias, em 767 escolas superiores e 41.332 cursos universitários.

A classificação desses cursos universitários mostrou que o ensino brasileiro continua deficiente: 42,8% dos cursos obtiveram conceito fraco; 32,8% regular, 18% bom e somente 5,1% destaca-

ram-se como muito bom. O grau máximo de excelência foi outorgado a 1,2% dos cursos. (Guia do Estudante, 1989)

2.1.1. Na área das Ciências Biológicas

Existem 77 escolas de Medicina no Brasil e, segundo a Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM), cerca de metade delas são escolas privadas, que do ponto de vista legal tem as mesmas funções e autonomia das do Estado. Porém, existe pouca fiscalização sobre elas. A criação de novas escolas sem nenhuma condição prévia para que sejam abertas (Jornal CFM, 1989:3) tem sido um dos pontos polêmicos no que diz respeito à formação profissional. Hoje em dia até se questiona se o diploma seria um título suficiente para exercer a profissão de médico. (Diálogo, 1990:4-9)

O curso de Medicina compreende um ciclo de ciências básicas, um ciclo clínico e um período de internato, que é feito no sexto ano do curso - o aluno permanece no hospital em período integral, dedicando-se por algum tempo a cada uma das clínicas médicas.

Para se tornar um profissional, apto a exercer a profissão, é necessário segundo a Lei 3.260 de 30/09/57 (Código de Ética Médica, 1988:23): a formação universitária, o diploma conferido pelas Faculdades de Medicina oficiais ou reconhecidas no país e registrado no Ministério da Educação e Cultura, a inscrição e o registro nos Conselhos Regionais de Medicina, que são os órgãos supervisores da ética profissional, julgadores e disciplinadores da classe médica.

Tais exigências legais são feitas para o exercício das outras profissões de nível superior. Assim, o profissional da área

das Ciências Biológicas (médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, enfermeiro, etc.) bem como o da área das Ciências Humanas (psicólogo, assistente social, etc.) estará apto a exercer a profissão, atendendo à pessoa que o procurar de maneira satisfatória, prescindindo, à princípio, da ajuda de outros profissionais. (conforme Códigos de Ética das profissões referidas)

Depois de formado o médico faz uma residência de três anos, em regime de tempo integral e dedicação exclusiva, quando escolhe sua especialização. A residência é necessária para a melhor formação do profissional e é realizada em organizações hospitalares credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica. É pré-requisito para os cursos de Mestrado e Doutorado.

Atualmente são oferecidas 54 especializações médicas, entre elas Fisiatria, Neurologia, Foniatria, Ortopedia e Traumatologia, referidas especificamente à reabilitação.

Sobre a formação médica atual, existe o conceito que é necessário formar médicos qualificados para executar determinadas ações de nível altamente sofisticado. A realidade brasileira, porém, é outra e demanda a formação de médicos para o serviço de saúde, para o qual a educação médica atual não está direcionada, formando médicos distanciados da atenção à saúde da população. O objetivo da educação médica passa a ser formar profissionais capazes de prestar serviços curativos especializados àqueles que podem custearlos, deixando de enfatizar a promoção da saúde para toda a população.

Formam-se médicos altamente especializados, porém com total desconhecimento da abrangência da educação e da saúde. Assim, discute-se a necessidade de ampliar o âmbito das instituições

de ensino médico para abranger todos os aspectos da saúde da comunidade; elaborar tanto o currículo como os sistemas de avaliação de forma a assegurar uma competência profissional e valores sociais, e não apenas a fixação e memorização de informações.

O médico formado dentro dos hospitais não está preparado para atender o nível primário e secundário da saúde, apesar de saber-se que 80% dos casos médicos são resolvidos pela atenção primária. Poucas escolas de Medicina têm algum programa de atendimento ambulatorial; o médico se forma sem qualquer qualificação para este tipo de Medicina.

Outro aspecto do problema é a necessidade de treinar professores como educadores e reconhecer suas capacidades neste campo de atuação tanto quanto no campo da pesquisa e da prática clínica.

A demanda do mercado de trabalho no setor de saúde ordena a formação de recursos humanos para ocupar empregos especializados. A residência médica é o caminho para a especialização exigida por este mercado. Não há concurso para médicos generalistas, só para especialistas; então, é preciso fazer uma residência. Mas as vagas para residência só conseguem absorver 60% dos formandos. E só 5% dos recém-formados conseguem manter consultórios e sustentá-los com eles; a maioria acumula dois ou três empregos em hospitais públicos e instituições particulares.

O mesmo ocorre em relação aos profissionais que se especializam na área psicológica. Se nas suas origens o papel da Psiquiatria se confunde com o da Psicologia tal não ocorre na atualidade. Estas são profissões distintas, com formações respectivas nas áreas Biológica e Humanas (ver anexo 1 "A formação profissional").

A Psiquiatria, como especialização da área médica, dá ao profissional o direito de realizar exames clínicos, diagnosticar e prescrever medicamentos. De acordo com seu interesse individual, o psiquiatra poderá fazer um curso de pós-graduação em Psicoterapia ou em Psiquiatria Clínica.

A Enfermagem (Decreto 7498, de 08/07/87) tem curso com 4 anos de duração e cerca de 100 faculdades.

A Fisioterapia e a Terapia Ocupacional (Decreto-Lei 938, de 19/10/69) tem, respectivamente cerca de 39 e 17 escolas no país; a Fonoaudiologia (Lei 6965, de 09/12/81) tem cerca de 21 escolas e a Musicoterapia (ainda não regulamentada) tem 3 escolas. Todas têm cursos com duração mínima de 4 anos.

2.1.2. Na área das Ciências Humanas

A profissão de psicólogo foi regulamentada pela Lei 4.119, de 27/08/62. O psicólogo dedica-se ao estudo da personalidade e se utiliza de técnicas psicológicas, sem receitar medicamentos. O curso de Psicologia tem a duração mínima de 4 anos para bacharelado e licenciatura, com mais um ano para a formação de psicólogo.

Após a graduação o psicólogo clínico faz, geralmente, um curso de especialização com duração de 2 anos, nos Institutos de Psicologia, de acordo com a corrente teórica escolhida (**comportamental, cognitiva, analítica, humanista-existencial, etc.**).

Além das duas especializações que tratam do psíquico — Psiquiatria e Psicologia — temos uma especialidade “informal ou oficiosa”, a Psicanálise, assim referida por não ser uma profissão legalmente regulamentada. A Psicanálise não é uma especialização

da área médica nem uma ocupação formalmente reconhecida e os profissionais que a exercem podem ser oriundos de qualquer curso de graduação, ficando a formação e o exercício profissional a cargo das Sociedades de Psicanálise. Na Psicanálise também existem várias correntes teóricas: freudiana, lacaniana, kleiniana, etc.

A preocupação dos psicólogos com a formação atual está expressa em suas publicações. O Jornal do Federal (JFF, jul/ago 89:5) chama atenção para o elevado número de escolas criadas no país - cerca de 85 nos últimos 20 anos, constatando não haver condições de formar professores de bom nível técnico-pedagógico para atender tantas escolas.

No artigo é citada a tese "Supervisão de estágios acadêmicos - a escola particular", que assinala:

"A abertura de novas escolas de qualidade suspeita e a facilidade de acesso à elas, contrapõe-se à dificuldade de inserção dos profissionais no mercado de trabalho e à deteriorização da prática da Psicologia, sem possibilidade de intervenção direta nos órgãos de fiscalização do exercício profissional." (Jornal do Federal, jul/ago 89:5)

Em outra tese do mesmo artigo, "Supervisão de estágios", é citado que nas escolas particulares de Psicologia o estágio não está inserido no plano da formação do psicólogo, e os autores propõem que as atividades de supervisão acadêmica sejam exercidas somente por profissionais inscritos nos Conselhos Regionais de Psicologia e que também passem pelos Conselhos Regionais a orientação, a normatização e a fiscalização das atividades de supervisão.

Para o Serviço Social (Lei 3252, de 27/07/57) o curso tem duração mínima de 3 anos, existindo cerca de 63 escolas no país.

2.1.3. Na transmissão do conhecimento

É importante ressaltar, em termos gerais, a precariedade do sistema de informações, as falhas na divulgação de importantes obras para o acréscimo do conhecimento científico e as dificuldades nas trocas e discussões entre profissionais, pois o saber tem sido precariamente transmitido e divulgado, gerando um desconhecimento científico que leva a críticas e disputas, na maioria das vezes sem suficiente fundamentação teórica.

Tal fato pode ser exemplificado através de Searle (1984), ao discorrer sobre o escasso conhecimento que se tem sobre questões fundamentais a respeito do funcionamento do cérebro humano:

"Muitas das pretensões feitas a propósito da mente nas várias disciplinas, desde a psicologia freudiana até a inteligência artificial, dependem deste tipo de ignorância. Tais pretensões vivem dos buracos que existem no nosso conhecimento." (Searle, 1984:13)

2.1.4. Medicina x Psicologia

Um artigo de Márcio Versiani, publicado no caderno Idéias/Ensaios do Jornal do Brasil em maio de 1990, dá um enfoque interessante à disputa entre Medicina e Psicologia desde o seu título "Falsas oposições na mesa". Referindo-se à polêmica entre psicoterapias e remédios, o autor assinala que a prática clínica demanda experiência, bom senso, sensibilidade, empatia, além de um bom embasamento naquilo que a pesquisa científica pode fornecer. Diz, ainda, que:

"A ciência não tem como estudar o ser humano como

"um fado. Cada pesquisador, então, puxa a sardinha da certeza para sua brasa." (JB 13/05/90:7-8)

Os fatos e as críticas não deixam dúvidas. Somos profissionais formados precariamente, desatualizados e sem um conhecimento aprofundado e abrangente; que estamos distanciados de diversas áreas do saber, em decorrência ainda de uma política educacional presa a laços ideológicos, que compõem uma falsa identidade profissional, com pouca fundamentação teórica e desligada da realidade, o que compromete a atuação e a própria ciência, e que tem servido de fachada legal para desvios professionalizantes. (Langenbach & Negreiros, 1987:3-17)

2.1.5. Na superespecialização

O especialista sabe "tudo" sobre muito pouco. Conhece-se muito a respeito de partes específicas do ser humano, de uma forma fragmentada, desconhecendo o todo. Isto pode ser ilustrado com a citação do princípio de incerteza de Heisenberg, citado por Capra, que se destina à Física é bastante adequado a essa discussão:

"Quanto mais enfatizamos um aspecto em nossa descrição, mais o outro se torna incerto, e a relação precisa entre os dois é dada pelo princípio da incerteza." (Capra, 1982:74)

O funil óptico pode ser explicitado através da situação atual das especializações. Tomando como exemplo a Neurologia, onde existem inúmeras superespecializações que cada vez mais restringem o campo de conhecimento, temos: Neuro(pediatria), Neuro(oftalmologia), Neuro(otologia), Neuro(psicologia), Neuro(linguística), etc. A formação profissional atual vem ocasionando, desse modo, um di-

recionamento e esvaziamento da atuação médica, que pode ficar restrita a uma consultoria em áreas específicas.

É necessário enfatizar que a especialização permitiu um grande avanço. Tomando como exemplo a Medicina constata-se que inúmeras doenças atualmente tem cura ou pelo menos podem ser adequadamente tratadas, o que permite uma sobrevida maior ao paciente. Mas a Medicina científica atual tem um caráter eminentemente reducionista, de tal forma que o médico começa a ter dificuldade em entender a doença como uma perturbação de todo o organismo. Ele trata determinado órgão ou sistema, muitas vezes sem levar em conta o resto do corpo e, principalmente, sem considerar os aspectos psicológicos e sociais do paciente. E ao tratar a doença e não o doente não desenvolve uma adequada relação médico-paciente, o que ocasiona a ruptura no processo do atendimento médico.

Por outro lado, pode-se observar que o próprio médico especialista vem tomando conhecimento que para "curar" um doente não é suficiente extirpar e/ou irradiar um tumor, ou prescrever determinada medicação ou tratamento. Especialmente em relação a determinadas patologias, surge esta compreensão além da doença, elas exigem a compreensão do doente. Servem como exemplos maiores os pacientes com cancer, com AIDS e os que necessitam de reabilitação, que exigem um atendimento multidisciplinar.

2.2. DA PRÁTICA ESTABELECIDA

No final do século XIX o médico de família perdeu território para o diagnosticador hospitalar e para o especialista, e o clínico de sobrecasaca adotou o jaleco branco do cientista. O clínico geral que atendia em seu consultório ou na casa do paciente,

levando em sua cabeça o conhecimento essencial e em sua maleta todo o seu arsenal terapêutico, acabou.

Como já foi dito, a mudança técnico-científica da Medicina, a qual se devem resultados espetaculares e úteis para a humanidade, reduziu a tarefa do médico à reparação de lesões e disfunções, e à correção de seus efeitos - o médico não se ocuparia do doente, diante dele teria, simplesmente, órgãos lesados e disfunções. (Capra, 1982)

Depois de 1900 o desenvolvimento da tecnologia impôs a necessidade de especialização. A quantidade de conhecimentos e técnicas específicos que o médico precisaria acumular impôs uma redução de seu âmbito de saber e de atividades.

2.2.1. Como profissional autônomo

Em sua clínica particular o médico sempre foi suficiente para atender às necessidades de seus pacientes, responsabilizando-se pelo atendimento. Ele consultava, examinava, diagnosticava, tratava e avaliaava o tratamento, contando com os recursos de sua formação generalista e os poucos recursos técnicos existentes. Praticamente não se dispunha de equipamentos para apoiar ou complementar o trabalho médico no esclarecimento do diagnóstico, nem no tratamento ou na reabilitação do paciente.

Tomando como exemplo um paciente com doença de Parkinson, o médico fazia o diagnóstico através do exame físico e neurológico e o comunicava ao paciente, explicando o que era a doença, como evoluta e prescrevia o tratamento: a medicação específica para o Parkinson, medicações acessórias e orientação quanto a exercícios e condutas necessárias à melhora e manutenção dos movimen-

tos. A par dessa conduta terapêutica, ele dava apoio ao paciente e à família, mostrando-se disponível sempre que necessário.

Por tratar-se de uma patologia crônica, com tratamento a longo prazo e prognóstico reservado, tornava-se necessário que o paciente retornasse ao médico periodicamente para avaliar a eficácia da medicação e dos exercícios propostos. Era importante que o médico examinasse e assistisse o paciente realizando os exercícios, verificando se estavam sendo feitos corretamente, sem compensações inadequadas ou mesmo prejudiciais. Além disso, cabia-lhe avaliar os resultados, adequando a medicação e propondo outros exercícios ou mantendo os mesmos.

Mesmo atualmente o médico está preparado e apto para assumir a responsabilidade pelo atendimento a seus pacientes. Ao ser procurado por um paciente com uma doença aguda, por exemplo uma gripe, ele examina o paciente, faz as orientações necessárias (repouso, alimentação, etc.) e as prescrições (medicações, exames complementares, etc.).

No caso de uma doença mais grave, por exemplo uma epilepsia, outros fatores devem ser considerados: a ameaça que representa uma doença - pode ser um tumor cerebral, pode ser um fator incapacitante de várias atividades (piloto, motorista, etc.), pode ter repercussões na sua vida social (casamento, atividade sexual, prática de esportes) e muitos outros exemplos poderiam ilustrar a diferença entre uma doença aguda, facilmente curável e uma doença crônica que tem repercussões a longo prazo na vida do paciente. O médico também está preparado para este tipo de atendimento, conseguindo bons resultados se for um profissional competente, através de uma boa relação médico-paciente e de seus conhecimentos técnicos.

O mesmo ocorre em relação aos outros profissionais da saúde, como, por exemplo, o fisioterapeuta é capaz de cuidar de uma dor decorrente de um entorse, através de aplicações e manobras adequadas; o psicólogo dá conta do atendimento de distúrbios de comportamento, neuroses e outras patologias afetivo-emocionais.

Mas o profissional (super)especializado muitas vezes não tem condições de oferecer um atendimento global ao paciente. Assim, o profissional começa a dividir com outros especialistas o que até então era considerado de sua inteira responsabilidade e competência.

Indo mais além, devido à grande divulgação, pelos meios de comunicação, do conhecimento médico, dos recursos dos exames complementares e das novas técnicas terapêuticas, a busca o paciente já é dirigida para determinada especialidade. Na área da reabilitação um clássico exemplo é o da dificuldade de aprendizagem, que é encaminhado diretamente pela escola para o psicólogo, ou fonoaudiólogo ou psicopedagogo.

Os modernos meios de transporte e de comunicação alargaram a área de atuação profissional individual, mas os recursos e facilidades para o atendimento médico está estruturado nas instituições hospitalares: além dos recursos técnicos para diagnóstico e tratamento, nelas há supervisão e orientação dos professores e/ou dos médicos especialistas. Os altos custos, sempre ascendentes, da assistência médica que incluem, além dos honorários médicos, os medicamentos, os exames complementares, a hospitalização, etc. também favorecem a prática institucional.

Assim, impõe-se a presença da instituição, seja na posse dos meios de produção (instalações, equipamentos, etc.) seja no financiamento das despesas do paciente.

2.2.3. Como integrante de uma instituição

A relação dos profissionais com a instituição se dá pelo assalariamento ou pelo credenciamento. Legalmente a instituição tem que oferecer condições mínimas para o exercício profissional (Código de Ética Médica, cap. II, art. 24, p. 9). Deve ter um estatuto, um regimento interno, ser inscrita nos Conselhos Regionais e atender a todas as exigências legais para o seu funcionamento.

Trabalhando numa instituição o profissional deve aceitar as normas e os regulamentos vigentes. Uma das mudanças mais significativas no atendimento profissional é que o paciente procura a instituição (e não o profissional), que o encaminha ao setor que poderá atender a sua solicitação.

Nas instituições médicas o paciente é encaminhado a um médico, que fará um diagnóstico e solicitará os tratamentos julgados necessários dentro dos disponíveis na instituição. De modo geral, existe uma conduta padrão para determinada patologia, tanto em relação ao tratamento medicamentoso quanto a exames e tratamentos complementares (terapias).

Ao voltar para a consulta de acompanhamento e reavaliação, o paciente poderá ser atendido pelo mesmo médico que o atendeu na primeira vez ou por outro médico da mesma especialidade, que dará prosseguimento ao atendimento. O mesmo acontece em relação aos outros terapeutas.

Na reabilitação, a relação médico-paciente e a situação de atendimento sofrem profundas alterações na medida em que existem equipes multiprofissionais encarregadas do tratamento do paciente. A quem cabe responsabilizar-se pelo paciente? À instituição, ao médico ou aos terapeutas que executam o tratamento?

O Código de Ética Médica é claro em relação à responsabilidade do médico (art. 31, p.10), ao vedar a delegação a outros profissionais de atos ou atribuições exclusivas da profissão do médico, assumindo este a responsabilidade por procedimentos que indicou ou dos quais participou.

É importante ressaltar a preocupação do CREMERJ (Resolução n. 24/89, de 27.02.89) com o exercício profissional dentro das instituições, ao estabelecer normas que definem o exercício ético-profissional do trabalho médico em instituições assistenciais e hospitalares, públicas ou privadas, reafirmando em seu artigo 9: "a chefia técnica e o controle profissional do trabalho médico em instituição pública ou privada só poderão ser exercidos por médicos."

Assim a chefia e a coordenação de equipes multidisciplinares são, de modo geral, delegadas a um médico. Compete, também, a um médico a responsabilidade e a decisão final sobre a necessidade de continuidade ou não dos tratamentos, tendo autonomia para prescrever outros tipos de atendimento. A alta só poderá ser dada pelo médico.

Para otimizar o seu funcionamento, a instituição estabelece suas normas. Com relação ao atendimento, por exemplo, a instituição determina o número mínimo de consultas ou procedimentos, o que pode acarretar a queda de qualidade se o profissional não dispuser de tempo ou concentração suficientes para ouvir o paciente e substituir a anamnese e o exame físico por recursos tecnológicos auxiliares.

A par das alterações mencionadas no atendimento e na relação médico-paciente, o exercício profissional dentro das instituições está determinado pelas normas e pelas relações estabeleci-

das entre os diversos profissionais que compõem a estrutura da empresa. A área de reabilitação tem suas próprias exigências.

2.2.4. Na especificidade da reabilitação

O principal objetivo da reabilitação é proporcionar ao paciente uma maior independência. O paciente deve se tornar capaz de cuidar de sua higiene pessoal, alimentar-se e locomover-se independentemente; trabalhar com rendimento, constituir família e participar da vida da comunidade.

Nós que trabalhamos nessa área costumamos dizer que em Reabilitação existem quatro "Rs" - Recuperar, Reeducar, Readaptar e Reempregar. Diz-se, ainda, que segundo os norte-americanos, os profissionais que trabalham em "Rehabilitation" devem ter em mente os três "Hs" - "Head", para selecionar corretamente as técnicas a serem empregadas; "Heart", para selecionar os sentimentos a serem destinados a cada tipo de necessidade, e "Hand", para aplicar corretamente os toques, pois os mesmos podem ser benéficos ou prejudiciais.

A definição de reabilitação dada pela Organização Mundial de Saúde, através do Informe del Comité de Expertos de la OMS en Prevención de Incapacidades y Rehabilitación, é a seguinte:

"La rehabilitación comprende todas las medidas destinadas a reducir los efectos de las afecciones que producen incapacidad y minusvalías, y a permitir al incapacitado y al minusválido que logren su integración social."

"Con la rehabilitación se intenta no sólo preparar a las personas incapacitadas y minusválidas que se adaptan a su ambiente, sino también intervenir en su medio inmediato y en la sociedad en su conjunto para facilitarles su integración social." (OMS, Ginebra, 1981: 9-10)

No processo de reabilitação submete-se os pacientes levados a exames e testes, a fim de avaliar a potencialidade de reabilitação individual, do ponto de vista físico, mental, social, econômico e profissional. Empreende-se esta avaliação com o trabalho coordenado de diversos profissionais: médicos (fisiatras, neurologistas, fonoaudiólogos, psicólogos, educadores, protéticos, ortópticos e recreadores).

Cada membro integrante do grupo tem função bem definida no programa de reabilitação, que termina (ou deveria terminar) somente quando se completa a recuperação ou o reajustamento dos deficientes, dentro de sua potencialidade individual, em cada um dos aspectos mencionados. Ao médico fisiatra, especializado em Medicina Física e Reabilitação, cabe prescrever a orientação, coordenar e supervisionar o trabalho da equipe e assegurar o cumprimento do programa elaborado.

O paciente de reabilitação é uma pessoa que sofreu uma lesão incapacitante que mudará totalmente a sua vida. Ele não está doente, ele é uma pessoa que uma doença, um acidente, uma lesão deixou incapacitado e deve ser reabilitado e reintegrado à sociedade, e para que isso seja possível ele deve ser examinado, diagnosticado e tratado, levando-se em consideração todos os aspectos de sua vida.

Levando-se, ainda, em consideração a natureza e a variedade de afecções apresentadas por esse tipo de paciente, desde uma monoparesia até uma tetraplegia, com toda gama de intercorrências clínicas possíveis (infecções, cálculos, hemorragias, neuroses, psicoses, etc.) torna-se necessário o concurso de profissionais de

outras especialidades.

Algumas queixas, patologias ou síndromes exigem além de um trabalho em conjunto uma outra forma de compreensão dos fatores envolvidos e que influenciam também o tratamento, podendo servir como exemplo a "dificuldade de aprendizagem", que tanto pode ser ocasionada por fatores biológicos (dislexias, distúrbios da visão, de memória, de coordenação, déficit intelectual, má nutrição e outros) quanto por fatores psicológicos (afetivo-emocionais, relacionais, maus-tratos e outros) e/ou fatores sociais (habitação, falta de alimentação, desemprego dos pais, qualidade do ensino e outros).

Compreender-se, pois, a necessidade de uma equipe multidisciplinar para atender esse tipo de paciente e de reuniões periódicas da equipe, a fim de proporcionar um atendimento global e de avaliar e reavaliar o programa de tratamento do paciente de reabilitação.

O trabalho em equipe requer o concurso de diversos profissionais, oriundos de diversas áreas, com diferentes níveis de formação, que se reunem sob uma chefia ou coordenação que possui autoridade quase completa sobre as decisões tomadas.

Levando-se em consideração todos os fatores que incidem sobre o exercício profissional, conforme foi discutido até aqui, tornar-se necessário descrever e analisar as funções dos diversos profissionais que integram uma equipe de reabilitação.

2.2.5. Na descrição das funções

Os Códigos de ética normatizam e definem o exercício profissional individual, em todo e qualquer contexto. Quando se

trata do exercício profissional, seja em órgãos governamentais, empresas e instituições, outras normas e regulamentos interferem na prática profissional. Neste estudo optou-se por utilizar um documento oficial publicado pelo Ministério do Trabalho - Classificação Brasileira de Ocupações (CBO, 1982) para a análise dos papéis desempenhados pelos vários profissionais no contexto institucional da Reabilitação.

Esta breve investigação sobre a descrição das funções se justifica na medida em que alguns critérios oficiais nela contidos podem interferir no processo de um trabalho integrado se não houver uma clara definição sobre as atribuições e responsabilidades de cada um dos profissionais.

No regime capitalista o planejamento de recursos humanos se torna fator estratégico para atingir os objetivos de desenvolvimento das nações. Seu planejamento deve integrar-se ao planejamento global e deve servir, em última instância, para a normatização do mercado de trabalho.

A CBO (1982), em vigor até a presente data, serve de instrumento básico de informação, de definição e execução de políticas e programas visando o equilíbrio do mercado de trabalho. Tem como objetivos os relacionados com os senso demográficos, estudos e pesquisas sobre mercados, a política de emprego e de formação profissional, os planos de cargos e salários, a orientação de investimentos e a definição de opções tecnológicas. Identifica, codifica, descreve e ordena as ocupações em "... *um modelo básico oficial que permite agregar as informações acerca da força de trabalho, segundo suas características ocupacionais.*" (CBO, 1982:XI)

A força de trabalho é estudada a partir de dois critérios básicos:

"... a natureza ou conteúdo do trabalho, entendido como o conjunto de funções, tarefas e obrigações que tipificam a ocupação e, por extensão, o conjunto de conhecimentos, habilidades, atributos pessoais e outros requisitos exigidos para o exercício da ocupação. Deve-se notar que este segundo critério difere da de escolaridade, embora haja, para certos grupos ocupacionais, estreita interdependência de trabalho e escolaridade." (CBO, 1982:XII)

E sua adoção deve permitir a reunião de categorias profissionais que, na prática, se diferenciam de acordo com certos aspectos da força de trabalho, como sejam, setor e atividade econômica, nível hierárquico, escolaridade, campo de especialização e outros.

As categorias profissionais são divididas em dez grandes grupos, sendo que no "Grande Grupo 0/1" estão classificados os trabalhadores que possuem formação de nível superior e desempenham atribuições de caráter intelectual - grupo das Ciências Exatas, Sociais e Humanas. Este grupo inclui os técnicos que desempenham tarefas semelhantes, sob supervisão, porém de amplitude e responsabilidades menores. Dever-se ressaltar que são denominados técnicos, não apenas os trabalhadores de formação média, mas grande número de profissionais de nível superior, tendo este termo uma conotação de habilidade de execução do trabalho. (CBO, 1982:XIV)

Os profissionais que atuam nas equipes de reabilitação estão classificados nos seguintes subgrupos: 0-6/0-7 (médicos, cirurgiões dentistas, médicos veterinários, enfermeiros e trabalhadores assemelhados), 1-93 (assistentes sociais) e 1-94 (psicólogos).

Na descrição de função das profissões classificadas nos grupos de base 0-61 a 0-79 (p.51) são adotados três níveis descritivos, que se complementam e se sobrepõem. Assim temos, por exem-

pto: 0-61 Médicos; 0-61.05 Médico, em geral e os especialistas, de 0-61.10 Cirurgião, em geral a 0-61/90 Outros médicos. Num nível geral a descrição contém a essência das atribuições da profissão, havendo um estreitamento progressivo dessas atribuições até chegar ao especialista.

Para efeito deste estudo elegeu-se as descrições de funções específicas (terceiro nível) dos profissionais envolvidos com a reabilitação, ressaltando-se no texto as inconsistências e sobreposições de atribuições das diversas profissões.

0-61 Médicos

Em relação ao médico, observa-se que sua competência seria bem abrangente, direcionada à saúde pública e ao estudo científico, o que não vem ocorrendo na prática - que é especializada e não visa à saúde pública.

Na descrição do médico fisiatra, abaixo, observa-se que este especialista deveria ter um conhecimento mais do que especializado das patologias, uma vez que diagnostica sequelas de todas as especialidades médicas. O Fisiatra perdeu a atribuição do tratamento, delegado ao Fisioterapeuta. Além disso não são levadas em consideração outras áreas da reabilitação, como a Fonoaudiologia, a Terapia Ocupacional, etc.

0-61.28 Médico fisiatra

"Diagnostica as incapacidades físico-funcionais, realizando exames clínicos ou subsidiários, para estabelecer a terapêutica reabilitativa:

DIAGNOSTICA sequelas de doenças ou lesões, agudas ou crônicas, DE TODAS AS ESPECIALIDADES MÉDICAS, valendo-se de exames físico, funcional e clínico, para avaliar o grau e fazer prognóstico dessas sequelas; INDICA E/OU ORIENTA A EXECUÇÃO DO TRATAMENTO por meios físicos, PRES-

CREVENDO o tipo, a periodicidade, o tempo e a região ou sistema a ser tratado, para promover a recuperação ou reabilitação do paciente; ENCAMINHA pacientes PARA FISIOTERAPIA, entrevistando-os e orientando-os, para possibilitar a execução do tratamento prescrito; ACOMPANHA pacientes em tratamento, realizando periodicamente exames clínicos e testes específicos, para OBSERVAR E AVALIAR a evolução do caso e as reações do doente; SUPERVISONA as atividades da pessoal de FISIOTERAPIA, observando a execução dos tratamentos e avaliando a evolução dos casos encaminhados, para MELHOR ORIENTAR a conduta terapêutica; PARTICIPA DE EQUIPES MULTIDISCIPLINARES para planejamento e desenvolvimento de programas de reabilitação física, psicossocial e profissional de paraplégicos e portadores de outras incapacidades, ASSESSORANDO ou EXECUTANDO ATIVIDADES de sua especialidade, para reintegrá-los na sociedade, dentro de limitações existentes." (CBO, 1982:54, grifos da autora)

A função do neurologista, de acordo com a função descrita a seguir, está ligada às técnicas específicas e ao diagnóstico de disfunções do sistema nervoso. Algumas dessas técnicas são do domínio do superespecialista, como o neuro-radiologista. O neurologista é considerado, ainda, um supervisor e consultor de vários programas sociais.

A descrição de suas funções não leva em consideração os aspectos clínicos da especialidade (exceto em relação à epilepsia), como o tratamento e as orientações terapêuticas; problemas como dificuldade de aprendizagem, dislexias, afasias, etc. que não são considerados atribuição do neurologista, além do acompanhamento do desenvolvimento infantil. Em reabilitação o que se espera do neurologista é que seja um consultor da equipe de reabilitação.

0-61.42 Médico neurologista

"DIAGNOSTICA doenças e lesões orgânicas do sistema nervoso, realizando exames clínicos e subsidiários, para estabelecer o plano terapêutico; realiza punções ou infiltrações no canal raquideo;

ao, ventrículo, nervos e troncos nervosos, utilizando seringas e agulhas especiais, para possibilitar a descompressão dos mesmos, introduzir medicamentos e para outros fins; INDICA E/OU EXECUTA CIRURGIA neurológica, empregando aparelhos e instrumentos especiais, para preservar ou restituir a função neurológica; INTERPRETA resultados de exames de líquor e de neurofisiologia clínica, comparando-os com os dados normais, para complementar diagnósticos; REALIZA exames radiográficos, injetando substâncias radiopacas em veias, artérias e outros órgãos; FAZ exame eletromiográfico, empregando aparelhagem especial, para diagnosticar as afecções do sistema nervoso periférico; PLANEJA E DESENVOLVE PROGRAMAS EDUCATIVOS COM RELAÇÃO AO EPILÉPTICO, orientando o paciente e a sociedade, para reduzir a incidência ou os efeitos da moléstia e promover a integração do paciente em seu meio; planeja e desenvolve programas de prevenção de infestações, especialmente cisticercose, moléstia da Chagas, meningite e outras, REALIZANDO CAMPANHAS de orientação, para diminuir a incidência destas moléstias ou minorar seus efeitos.
 Pode FAZER EXAME ELETROENCEFALÓGRAFICO, utilizando aparelho especial, para diagnosticar arritmias e localizar focos cerebrais." (CBO, 1982:56, grifos da autora)

O médico fonoaudiólogo consta do índice alfabético ampliado (CBO, 1982:715) porém não está especificado no texto.

0-71 Enfermeiros

As funções consistem em: dispensar cuidados de enfermagem ou orientar sobre a aplicação dos mesmos em hospitais, clínicas e outros estabelecimentos de assistência médica, creches e escolas, orientar sobre questões de cirurgia, terapia, puericultura, pediatria, psiquiatria, obstetrícia e outras.

Com os cuidados diários, garantindo a limpeza e o conforto de um paciente que perdeu parcial ou totalmente sua autonomia (acamados, operados, comatosos, inválidos) e a continuidade do tratamento, o enfermeiro colabora, assessora e complementa o trabalho médico.

Não há curso de especialização para o trabalho com pacientes de reabilitação e nem uma descrição de função dessa especialidade. A descrição abaixo contém as tarefas gerais do enfermeiro, que precisariam ser adaptadas ao paciente de reabilitação que, na maior parte das vezes, depende inteiramente dos cuidados de enfermagem até para mudar sua posição no leito.

0-71.70 Enfermeiro, em geral

Planeja, organiza, supervisora e executa serviços de enfermagem, empregando processos de rotina e/ou específicos, para possibilitar a proteção e a recuperação da saúde individual ou coletiva.

identifica as necessidades de enfermagem, realizando entrevistas, participando de reuniões e através de observação sistematizada, para preservar e recuperar a saúde; ELABORA PLANO DE ENFERMAGEM, baseando-se nas necessidades identificadas PARA DETERMINAR A ASSISTÊNCIA A SER PRESTADA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM no período de trabalho; executa diversas tarefas de enfermagem, como administração de sangue e plasma, controle da pressão venosa, monitorização e aplicação dos respiradores artificiais, PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE CONFORTE, movimentação ativa e passiva e de higiene pessoal, aplicação de diálise peritoneal, gasoterapia, cateterismo, instilações, lavagens de estômago, vesicais e outros tratamentos, valendo-se dos seus conhecimentos técnicos para PROPORCIONAR o maior grau possível de BEM-ESTAR FÍSICO, MENTAL E SOCIAL aos pacientes; executa tarefas COMPLEMENTARES NO TRATAMENTO MÉDICO ESPECIALIZADO em casos de cateterismos cardíacos, transplante de órgãos, hemodialise e outros, preparada o paciente, o material e o ambiente, para ASSEGURAR maior EFICIÊNCIA na realização dos exames e tratamentos; efetua testes de sensibilidade, aplicando substâncias alergênicas e fazendo leitura das reações, para obter subsídios diagnósticos; faz curativos, immobilizações especiais e MINISTRA MEDICAMENTOS E TRATAMENTOS EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA; empregando técnicas usuais ou específicas, para atenuar as consequências dessas situações; ADAPTA o paciente ao ambiente hospitalar e aos métodos terapêuticos que lhe são aplicados, realizando entrevistas de admissão, visitas diárias e orientando-o, para REDUZIR sua sensação de INSEGURANÇA E SUFRIMENTO e OBTER SUA COLABORAÇÃO no tratamento; presta cuidados post-mortem como enfaixamen-

tos e tamponamentos, utilizando algodão, gaze e outros materiais, para evitar eliminação de secreções e melhorar a aparência do cadáver; procede à elaboração, execução ou supervisão e avaliação de planos de assistência a pacientes geriátricos, observando-os sistematicamente, realizando entrevistas e prestando cuidados diretos aos mesmos, para AUXILIAR NOS PROCESSOS DE ADAPTAÇÃO E REabilitação; faz estudos e previsão de pessoal e materiais necessários às atividades, elaborando escalas de serviço e atribuições diárias e especificando e controlando equipamentos, materiais permanentes e de consumo, para assegurar o desempenho adequado dos trabalhos de enfermagem; COORDENA E SUPERVISA O PESSOAL DE EQUIPE DE ENFERMAGEM, observando-o, entrevistando-o e realizando reuniões de orientação e avaliação, para manter os padrões desejáveis de assistência aos pacientes; requisita e controla entorpecentes e psicotrópicos, apresentando a receita médica devidamente preenchida e dando saída no "livro de controle", para evitar desvios das mesmas e atender às disposições legais; avalia a assistência de enfermagem analisando a interpretação dados estatísticos e registrando as atividades, para auxiliar o melhor aproveitamento do pessoal; planeja, organiza e administra serviços em unidades de enfermagem ou em instituições de saúde, desenvolvendo atividades técnico-administrativas na elaboração de normas, instruções, roteiros e rotinas específicas, para padronizar procedimentos e racionalizar os trabalhos, no sentido de servirem de apoio a atividades afins; executa trabalhos específicos em COOPERAÇÃO COM OUTROS PROFISSIONAIS, ou assessoria em assuntos de enfermagem, emitindo pareceres, para realizar levantamentos, identificar problemas, estudar soluções, elaborar programas e projetos e desenvolver pesquisas; implanta normas e medidas de proteção, controlando sua aplicação, para evitar acidentes; registra as observações, tratamentos executados e ocorrências verificadas em relação ao paciente, anotando-as no prontuário hospitalar, ficha de ambulatório, relatório de enfermagem da unidade ou relatório geral, para documentar a evolução da doença, possibilitar o controle da saúde, a orientação terapêutica e a pesquisa; planeja e desenvolve o treinamento sistemático em serviço, para o pessoal da equipe de enfermagem, avaliando as necessidades e os níveis de assistência prestada, para aperfeiçoar o trabalho do pessoal recém-admitido, aprimar ou introduzir novas técnicas de enfermagem e melhorar os padrões de assistência.

(CRB, 1982:66-67; grifos da autora)

0-76 Terapeutas

Os profissionais classificados neste grupo prestam serviços especiais de terapêutica médica, geralmente de acordo com as prescrições de um médico. Participam de atividades educativas ou recreativas, organizadas sob o controle médico.

Na prática os terapeutas são os responsáveis pelo tratamento, traçando o programa terapêutico, podendo ou não seguir a orientação médica quanto ao caso.

O fisioterapeuta faz o tratamento de inúmeras patologias, tem competência de avaliar o estado de saúde física e mental do doente, atendendo perturbações tanto físicas quanto psíquicas. Na descrição de suas funções específicas não há uma subordinação às prescrições médicas.

0-76.20 Fisioterapeuta

"TRATA meningites, encefalites, doenças reumáticas, paralisias, sequelas de acidentes, vascular-cerebrais e outros, empregando ginástica corretiva, cinesioterapia, eletroterapia, hidroterapia, mecanoterapia, fisioterapia desportiva e técnicas especiais de reeducação muscular, para obter o máximo de recuperação funcional dos órgãos e tecidos afetados;

AVALIA E REAVALIA O ESTADO DE SAÚDE de doentes e acidentados, realizando testes musculares, funcionais, de amplitude articular, de verificação da cinética e movimentação, de pesquisa de reflexos, provas de esforço, de sobrecarga e de atividades, para identificar o nível de capacidade funcional dos órgãos afetados; PLANEJA E EXECUTA TRATAMENTOS de afecções reumáticas, osteoartroses, sequelas de acidentes vascular-cerebrais, poliomielite, meningite, encefalite, de traumatismo raqui-medulares, de paralisias cerebrais, motoras, neurógenas e de nervos periféricos, miopatias e outros, utilizando-se de meios de meios físicos especiais, como cinesioterapia eletroterapia e hidroterapia, para reduzir ao mínimo as consequências dessas doenças; ATENDE am-

putados; PREPARANDO O COTO e fazendo treinamento com prótese, para possibilitar a movimentação ativa e independente das mesmas; ensina exercícios de coluna, de feito dos pés, ações das articulações respiratória e cardiovascular, orientando e treinando o paciente em exercícios ginásticos especiais, para promover a correção de desvios posturais e estimular a expansão respiratória e a circulação sanguínea; ensina exercícios físicos de preparação e condicionamento pré e pós-parto, fazendo demonstrações e orientando a parturiente, para facilitar o trabalho de parto e a recuperação no puerpério; FAZ RELAXAMENTO, exercícios e jogos com pacientes portadores de problemas PSÍQUICOS, TREINANDO-OS sistematicamente, para promover a descarga ou liberação de agressividade e estimular a sociabilidade; SUPERVISA E AVALIA ATIVIDADES DO PESSOAL AUXILIAR DE FISIOTERAPIA, orientando-os na execução das tarefas, para possibilitar a execução correta de exercícios físicos e a manipulação de aparelhos mais simples; controla o registro de dados, observando as anotações das aplicações e tratamentos realizados, para elaborar boletins estatísticos.

Pode planejar, organizar e administrar serviços gerais e específicos de fisioterapia.

Pode ASSESSORAR AUTORIDADES SUPERIORES em assuntos de fisioterapia, prestando informes, documentos e pareceres." (CBO, 1982:72, grifos da autora)

As tarefas descritas abaixo como do Terapeuta Ocupacional são realizadas como ocupação terapêutica, visando a reintegração psicossocial do paciente através de atividades dirigidas e estabelecendo as tarefas de acordo com as prescrições médicas. Na prática a programação é feita pelo terapeuta, de acordo com seus conhecimentos específicos.

O terapeuta ocupacional realiza a parte do tratamento de reabilitação referente às atividades da vida diária do paciente (vestir-se e despir-se, alimentar-se, fazer sua higiene, locomover-se em cadeira de rodas em casa e na rua, etc.) e aos movimentos mais finos e elaborados de membros superiores e inferiores (coordenação, escrita, mudança de lateralidade, etc.).

0-76.30 Terapeuta Ocupacional

"Dedicar-se ao tratamento, desenvolvimento e reabilitação de pacientes portadores de deficiências físicas e/ou psíquicas, promovendo atividades com fins específicos, para ajudá-las na sua recuperação e integração social:

PREPARA os programas ocupacionais destinados a pacientes confinados em hospitais ou outras instituições, baseandose nos casos a serem tratados, para propiciar a esses pacientes uma terapêutica que possa desenvolver e aproveitar seu interesse por determinados trabalhos; planeja trabalhos individuais ou em pequenos grupos, como trabalhos criativos, manuais, de mecanografia, horticultura e outros, estabelecendo as tarefas DE ACORDO COM AS PRESCRIÇÕES MÉDICAS para possibilitar a redução ou cura das deficiências do paciente, desenvolver as capacidades remanescentes e melhorar seu estado psicológico; dirige os trabalhos, supervisionando os pacientes na execução das tarefas prescritas, para ajudar o desenvolvimento dos programas e apressar a reabilitação.

Pode conduzir também programas recreativos." (CBO, 1992:72)

As funções do fonoaudiólogo estão classificados no grupo 0-79, juntamente com outros profissionais que prestam serviços de medicina, odontologia, medicina veterinária e serviços afins não realizados pelos trabalhadores classificados nos grupos anteriores. Nesta categoria estão acupunturista, fonoaudiólogo (profissional de nível superior), calista e técnico de ortopedia (profissional de nível médio).

Na prática o fonoaudiólogo faz diagnósticos e tratamento de distúrbios fonoaudiológicos e da linguagem em todas as suas formas de expressão, não apenas identifica, avalia e treina, tratando disartrias, dislexias, afasias, etc. O médico "correspondente" ao fonoaudiólogo seria o foniatra.

0-79.25 Fonoaudiólogo

"IDENTIFICA problemas ou deficiências ligadas à comunicação ORAL, empregando técnicas próprias de AVALIAÇÃO e fazendo o TREINAMENTO fonético, auditivo,

de dicção, empatação da voz e outros, para possibilitar o aperfeiçoamento e/ou reabilitação da FALA; avalia as deficiências do cliente, realizando exames fonéticos, da linguagem, audiometria, gravacão e outras técnicas próprias, para estabelecer o plano de treinamento ou terapêutico; ENCONTRA o cliente ao especialista, orientando este e fornecendo-lhe indicações, para solicitar parecer quanto ao melhoramento ou possibilidade de reabilitação; EMITE PARECER quanto ao aperfeiçoamento ou à praticabilidade de reabilitação fonoaudiológica, elaborando relatórios, para complementar o diagnóstico; PROGRAMA, DESENVOLVE E SUPERVISONA o treinamento de voz, fala, linguagem, expressão do pensamento verbalizado, compreensão do pensamento verbalizado e outros, orientando e fazendo demonstrações de respiração funcional, empatação de voz, treinamento fonético, auditivo, de dicção e organização do pensamento em palavras, para reeducar e/ou reabilitar o cliente, opina quanto às possibilidades fonoaudiológicas e auditivas do indivíduo, fazendo exames e empregando técnicas de avaliação específicas, para possibilitar a seleção profissional ou escolar; PARTICIPA DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS para identificação de distúrbios de linguagem em suas formas de expressão e audição, emitindo parecer de sua especialidade, para estabelecer o diagnóstico e tratamento; ASSESSORA AUTORIDADES SUPERIORES, preparando informes e documentos em assuntos de fonoaudiologia, a fim de possibilitar subsídios para elaboração de ordens de serviço, portarias, pareceres e outros." (CBO, 1982:74-75, grifos da autora)

Segundo a CBO (1982) o técnico de ortopedia determina a confecção de membros artificiais, armaduras e outros aparelhos ortopédicos e procede à colocação dos mesmos, analisando a parte do corpo com deformidade ou deficiência, estudando a melhor forma ou tipo de aparelhagem e verificando outras especificações para corrigir ou prevenir malformações do corpo do paciente.

0-79.50 Técnico de ortopedia

"Examina a parte afetada, observando as protuberâncias, contusões e outros fatores que possam influir no ajuste e colocação de membros artificiais e aparelhos ortopédicos, a fim de tomar as medidas corretas para confecção dos aparelhos; coloca o aparelho no paciente, fazendo os ajustes necessários, para

"obter uma melhor adaptação; ensina ao paciente o uso apropriado do aparelho, acompanhando-o na fase de adaptação, para garantir sua perfeita utilização." (CBO, 1982:75)

Os profissionais do grupo 1-9, onde estão incluídos os trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas e trabalhadores assimelados, que não foram classificados sob outros títulos, desempenham funções profissionais e técnicas não incluídas nos subgrupos anteriores. Neste grupo estão incluídos os assistentes sociais e os psicólogos.

Os assistentes sociais prestam serviços de âmbito social a indivíduos, famílias e grupos comunitários, orientando ou realizando ações adequadas à solução dos problemas e dificuldades surgidos em seu campo de atuação. Não existe especialização em reabilitação e nem uma descrição de função específica, porém as funções descritas abaixo podem ser adaptadas à reabilitação.

1-93.15 Assistente social (saúde)

"Presta serviços de âmbito social a indivíduos ou grupos em tratamento de saúde física ou mental, identificando e analisando seus problemas e necessidades materiais, psíquicas e de outra ordem e aplicando os processos básicos do serviço social, para facilitar a recuperação do cliente e promover sua reintegração ao meio social, familiar e de trabalho:

desempenha tarefas similares às que realiza o assistente social, em geral (1-93.10), porém é especializado no tratamento e prevenção de problemas de origem psicosocial e econômica que interferem no tratamento médico, utilizando meios e técnicas de orientação, motivação e apoio, para facilitar a recuperação do cliente e sua reintegração na sociedade; participa dos programas de saúde físico-mental da comunidade, promovendo e divulgando os meios profiláticos, preventivos e assistenciais, para mobilizar os recursos necessários à complementação do tratamento médico; assiste ao trabalhador em problemas referentes à readaptação profissional por diminuição da capacidade de trabalho proveniente de moléstia ou acidente, à concessão de licenças, complementação de salários ou em outros correlatos, orientando-o em suas relações empregatícias, para possibilitar a solução adequada ao ca-

so; acompanha a evolução psicofísica de indivíduos em convalescência, proporcionando-lhes os recursos assistenciais necessários, para ajudar sua integração na reintegração no meio social." (CBO, 1982: 120)

Os psicólogos estudam, avaliam e tratam a estrutura psíquica e os mecanismos de comportamento dos seres humanos; desempenham tarefas relacionadas a problemas de pessoal, como processos de recrutamento, seleção, orientação profissional e outros similares; à problemática educacional e a estudos clínicos individuais e de grupo.

Na descrição geral da função cabe ao psicólogo reunir informações a respeito de pacientes, transcrever os dados obtidos em testes e exames para fornecer a médicos analistas e psiquiatras subsídios indispensáveis ao diagnóstico e tratamento. Diagnóstica os problemas na área da psicomotricidade, distorções cerebrais, mímicas, disritmias, dislexias e outros distúrbios psíquicos, aplicando e interpretando testes psicológicos para aconselhar o tratamento ou a forma de resolver as dificuldades momentâneas.

Não são descritos psicólogos da saúde ou de reabilitação mas suas funções estão implícitas nas descrições das suas atribuições.

Na prática o psicólogo, que vem de uma formação influenciada pela Psicanálise, pelas questões sociais e pelo atendimento individual em consultórios particulares, está distanciado da organicidade do paciente e longe do perfil do profissional necessário à reabilitação. Ele está apto a fazer uma análise institucional e uma observação da dinâmica das relações, porém tem dificuldade de atender às especificidades das doenças que a instituição proíbe a atender e de se inserir nas equipes multidisciplinares.

1-94.35 Psicólogo clínico

"Procede ao exame de pessoas que apresentam problemas de comportamento familiar ou social ou distúrbios psíquicos, e respectiva diagnóstico e terapêutica, empregando técnicas psicológicas adequadas a cada caso, a fim de contribuir para o ajustamento à vida comunitária:

"desempenha tarefas similares às que realiza o psicólogo em geral (1-99.16), porém é ESPECIALIZADO no estudo e DIAGNÓSTICO de problemas na área de PSICOMOTRICIDADE, DISFUNÇÕES CEREBRAIS MÍNIMAS, DISRITMIAS, OLIGOFRENIAS, DISLEXIAS e problemas correlatos, procedendo à terapêutica através de técnicas psicológicas adequadas a cada caso, com ludoterapia, psicoterapia individual e de grupo, artoterapia, psicomotricidade, psicodrama e outras, a fim de contribuir para o ajustamento do indivíduo à coletividade." (CBO, 1982:132, grifos da autora)

Na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO, 1982) não estão classificadas as ocupações de psicanalista e musicoterapeuta.

Segundo Folheto do Conservatório Brasileiro de Música, onde é feita a formação em Musicoterapia, poder-se-ia definir "a Musicoterapia como uma especialização científica que se ocupa do estudo e investigação do complexo som-ser humano, seja o som musical ou não, cujos objetivos são a busca de métodos diagnósticos terapêuticos." Está definida como uma carreira paramédica e faz parte de equipes multidisciplinares de saúde. O musicoterapeuta utiliza a música como elemento mobilizador do processo terapêutico, buscando um desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo.

2.3. DA QUALIDADE DO TRABALHO

Examinada a partir dos elementos que compõem a formação e a prática profissionais, sejam eles a transmissão do conhecimento e a superespecialização, que influenciam a atuação profissio-

nal, a situação atual deixa transparecer: os problemas educacionais - tão discutidos e pouco resolvidos -; a relação e a sobreposição de atribuições que o atual quadro de disciplinas e especialidades favorece, e no conflito Medicina x Psicologia, que pode ser estendido a outras áreas de atuação, fica evidenciada a disputa pelo saber e pelo paciente.

Com relação ao exercício profissional individual a superespecialização interfere e modifica na forma de atendimento e tratamento. Os Códigos de Ética e a descrição de funções Tunge de esclarecerem e delimitarem o perfil de atuação profissional, complicam e favorecem o desentendimento entre as diversas categorias profissionais, uma vez que não levam em consideração o direito e as obrigações de outras áreas de atuação, normatizando de forma isolada cada profissão.

A atuação profissional no âmbito da instituição, subordinada a normas e objetivos específicos, evidencia e, ao mesmo tempo, valoriza procedimentos estanques e fragmentados, dificultando a dinâmica das relações, sejam elas inter-profissionais ou com o paciente.

A disputa pelo mercado de trabalho, em tempos difíceis, agrava a situação de atendimento.

Nesse contexto a proposta de trabalho em equipe surge como uma busca de uma maior qualidade do trabalho profissional. No capítulo III discutem-se as modalidades multi e interdisciplinar, e descrevendo experiências em duas instituições diferentes a autora reflete sobre a qualidade do trabalho em equipes.

CAPÍTULO III

REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO EM EQUIPE

Há algum tempo o trabalho em equipe e o tema integração tem sido constantes e desafiadores. Tendo tido a oportunidade de trabalhar em várias equipes onde desempenhei diferentes funções, tais como médica neurologista, coordenadora e consultora, decidi aproveitar algumas dessas experiências como exemplos ilustrativos e descrições de práticas profissionais na área da Reabilitação.

No relato descritivo dessas situações profissionais transparecem os pressupostos e as categorias que foram pesquisados e analisados no decorrer da pesquisa de campo realizada na instituição "Y" (capítulo IV). Serve também como parâmetro para a análise da dinâmica das equipes pesquisadas e para desvendar os fatores que facilitam ou dificultam o trabalho em equipe.

O pressuposto básico é que um trabalho integrado, com qualidade interdisciplinar, traz benefícios ao paciente, resultando em um tratamento mais adequado e melhor, e também aos participantes da equipe, possibilitando um crescimento profissional e pessoal. Porém, para facilitar a compreensão desses relatos faz-se necessário dar algumas definições quanto aos termos neles empregados.

3.1. MULTIDISCIPLINARIDADE X INTERDISCIPLINARIDADE

Se interdisciplinaridade é a reciprocidade entre quaisquer ramos do conhecimento e se tomarmos disciplina como um con-

junto de conhecimentos em cada cadeira de um estabelecimento de ensino, a abordagem interdisciplinar pode ser entendida como a abordagem daqueles que querem praticar a reciprocidade de disciplinas.

Para explicar teoricamente a diferença entre multi e interdisciplinaridade, recorre-se a Japiassu (1976), que ressalta a respeito do termo interdisciplinar:

"Devemos reconhecer que não possui ainda um sentido epistemológico único e estável. Trata-se de um neologismo cuja significação nem sempre é a mesma e cujo papel nem sempre é compreendido da mesma forma." (Japiassu, 1976:72)

E, nesse sentido, propõe uma distinção entre multi e pluridisciplinar de um lado e interdisciplinar do outro, havendo três níveis distintos (Japiassu, 1976:73-74):

1. Multidisciplinar - gama de disciplinas que são propostas simultaneamente, mas sem fazer aparecer as relações que podem existir entre elas. É um sistema de um só nível e de objetivos múltiplos; não há cooperação e os pesquisadores de diferentes disciplinas estudam paralelamente diversos aspectos de um mesmo problema, apresentando relatórios distintos.
2. Pluridisciplinar - juxtaposição de diversas disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico, e agrupadas de modo a fazer aparecer as relações existentes entre elas. É um sistema de um só nível e de objetivos múltiplos; há cooperação, mas sem coordenação e os pesquisadores atacam simultaneamente o mesmo problema, sincronizando seus esforços e comunicando os resultados chegam a diferentes relatórios.
3. Interdisciplinar - axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas e definida num nível hierárquico imediatamente superior, o

que introduz a noção de finalidade. É um sistema de dois níveis e de objetivos múltiplos; a coordenação procede do nível superior e os pesquisadores atacam conjuntamente o mesmo problema, comparam suas hipóteses de trabalho e avaliam reciprocamente os resultados e os métodos para chegar a um relatório comum.

A interdisciplinaridade requer imaginação criadora, combinatória, em condições de manejar conceitos e métodos diversos e de colocá-los em presença um dos outros, dando origem a combinações imprevistas.

Haverá interdisciplinaridade quando ela aparecer como científicamente necessária aos olhos de cada uma das disciplinas, pelo objeto mesmo sobre o qual é centrada a pesquisa. Para tanto, é necessário adotar uma linguagem comum, capaz de medir-se com o objeto comum. (Japiassu, 1976:82-84)

Aparece, geralmente, como uma busca individual feita de curiosidade, abertura, consciência da própria ignorância, sentido de descoberta, desejo de enriquecer-se com novos enfoques, necessidade de resolver determinado problema que a especialização não dá conta, quanto pelas combinações de perspectivas e de convicção, levando ao desejo de superar caminhos já conhecidos. O que, através do exercício, levará à prática coletiva, se todos os envolvidos estiverem abertos ao diálogo, forem capazes de reconhecer aquilo que lhes falta e que poderiam, ou deveriam, receber dos outros.

A interdisciplinaridade é uma qualidade da PRAXIS (ou PRÁTICA). Ao por em prática, agir ou executar as regras e os princípios de uma arte ou de uma ciência, o profissional estabelece sua prática lastreada por um conhecimento teórico. É uma atividade que se opõe à passividade, sendo seu âmbito o da efetividade e não

e do meramente possível.

"... a atividade prática é real, objetiva ou material. Marx ressalta o caráter real objetivo da praxis na medida em que transforma o mundo exterior que é independente de sua consciência e de sua existência. O objeto da atividade prática é a natureza, a sociedade ou os homens reais. A finalidade desta atividade é a transformação real, objetiva, do mundo natural ou social para satisfazer determinada necessidade humana. E o resultado é uma nova realidade, que subsiste independentemente do sujeito ou dos sujeitos concretos que a engendraram com sua atividade subjetiva, mas que, sem dúvida, só existe pelo homem e para o homem, como ser social.

Sem essa ação real, objetiva, sobre uma realidade - natural ou humana - que existe independente do sujeito prático, não se pode falar propriamente de praxis como atividade material consciente e objetivante; portanto, a simples atividade subjetiva - psíquica -, ou meramente espiritual que não se objetiva materialmente não pode ser considerada como praxis." (Vázquez, 1986:194)

Para efeito deste estudo, considera-se que a objetivação material se dará pelo trabalho em equipe num contexto institucional. Entende-se EQUIPE, tanto no sentido de um grupo de pessoas interdependentes, que se aplicam a uma mesma tarefa ou trabalho, quanto no sentido mais abrangente de prover a instituição (ou empresa) do necessário à execução de seus objetivos. (Maisonneuve, 1980)

Assim, no caso específico da instituição de reabilitação, prover do necessário significaria estabelecer uma prática integrada para o atendimento, tratamento e terapêutica, em equipe, do ser humano lesado.

Como a prática aqui discutida está localizada no contexto institucional, faz-se necessário buscar conceitos e descrições na área específica da administração que possam servir de parâmetros objetivos e esclarecedores, e que aumentem a abrangência do

estudo do tema. (Simeray, 1977)

Para que a INSTITUIÇÃO possa atingir os objetivos para os quais foi criada, é necessário que ela possua um conjunto de meios em edifícios, equipamentos, estoques, em tesouraria e em pessoal. Sua organização é constituída pelo estabelecimento desses meios, tendo em vista sua utilização (grupamento das pessoas em órgãos distintos e destino dos materiais) e pelas regras de funcionamento do sistema assim estabelecido. Essa organização é então definida por um conjunto de textos (regulamentos, procedimentos, etc.) e de esquemas (de implantação, de circulação, de estrutura, etc.).

Sua estrutura, que é a disposição de um conjunto de pessoas reunidas por uma rede de ligações de dependência ou cooperação, constituindo inicialmente grupos elementares que se integram em uma sucessão de conjuntos mais complexos, o último dos quais constituirá a instituição em si mesma. Essas ligações são estabelecidas em função das responsabilidades e prerrogativas atribuídas a cada um através de decisões da autoridade superior. Estas decisões são expressas nos textos dos estatutos, definindo atribuições, procedimentos, etc.

Dessa forma, a instituição configura-se e é representada graficamente pelo organograma, que evidencia a existência de diversos grupos, cuja reunião sobre uma mesma autoridade hierárquica constitui um conjunto de órgãos de complexidade cada vez maior. A posição dos órgãos e sua nomenclatura (relacionada à função e desempenho) indicam, ou pelo menos sugerem, a natureza de suas relações mútuas.

Resumindo, a estrutura de uma instituição é a organização das relações entre as pessoas que a constituem e acarreta um

sistema de ligações bilaterais entre as pessoas. Ao observarmos o funcionamento das empresas eficientes verificamos que este sistema de ligações é completado por um conjunto de ligações multilaterais que asseguram a coesão das pessoas no interior dos órgãos a que pertencem.

Um órgão é determinado pela existência de ligações hierárquicas bilaterais que fazem com que cada um de seus membros dependa de um comando único. Entretanto, para que haja coesão é ainda necessário que as informações trocadas entre a chefia e cada um dos membros do órgão seja, até certo ponto, tornadas comuns a todos os membros. Cabe às ligações multilaterais o papel específico de estabelecer entre os subordinados de uma mesma autoridade um fundo comum de informações relacionadas às suas tarefas individuais, e gracias à uma melhor coesão, assegurar uma ação mais eficaz.

A rigor, um grupo caracteriza-se, então, pela existência de uma rede de ligações multilaterais entre seus membros, rede essa que assegura uma troca de informações suficientes para manter e desenvolver sua coesão. Aquele que, por qualquer razão, estiver fora desta rede de informações, mesmo que só parcialmente, deixará de fato de pertencer plenamente ao grupo. (Simeray, 1977)

Um exemplo de grupo institucional seria a equipe multidisciplinar de reabilitação, que vem sofrendo mudanças em sua estrutura desde sua criação. Recentemente, essas mudanças se expressam no questionamento de uma coordenação ou chefia autoritária (e/ou pré-estabelecida), e no surgimento de equipes entre a base e a cúpula da organização - tais como reuniões de chefes de setores, de departamentos, de especialistas - que posteriormente se reunem a seus subordinados para transmitir as decisões. (Maisonneuve,

1980:10)

Esse sistema de prática profissional leva à manutenção de uma aspiração e um ideal, invocando uma qualidade superior na realização do trabalho em equipe.

3.2. NA INSTITUIÇÃO "X": uma experiência interdisciplinar

Essa experiência ocorreu em uma clínica de reabilitação na Zona Oeste do Rio de Janeiro, onde tivemos a oportunidade de desenvolver um trabalho em equipe visando a estimulação precoce de crianças de 0 a 4 anos. Como médica neurologista, eu era a coordenadora da equipe.

A instituição tem caráter de beneficiência e atende basicamente a crianças que necessitam de tratamento de reabilitação. Existem pacientes ambulatoriais, a grande maioria, e pacientes internos, geralmente por motivos sociais. Os pacientes são internos em caráter permanente, tendo atendimento médico e de reabilitação.

Ao procurar a instituição para atendimento ambulatorial a criança é encaminhada ao neurologista, que a avalia e encaminha aos setores de tratamento que julgar necessário - Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicomotricidade, Psicologia, Pedagogia e Serviço Social.

Periodicamente o paciente e o tratamento são reavaliados pelo neurologista, de modo geral o mesmo que o atendeu na primeira vez, que orientará a continuidade do tratamento ou dará alta ao paciente. Se necessário, pedirá parecer ao médico fisiatra ou otorrinolaringologista que fazem parte da equipe médica. Não há nessa clínica reuniões periódicas da equipe técnica; o tratamento é orientado através do prontuário ou por contatos pessoais entre o

médico e o técnico.

Aqui tornam-se necessários alguns esclarecimentos sobre os fatores administrativos que incidem na dinâmica de atendimento. De modo geral, por ser um tratamento longo e caro, as clínicas de reabilitação têm convênio com o INAMPS (para atendimento a adultos) e com a Legião Brasileira de Assistência - LBA (para atendimento a crianças).

O INAMPS paga por procedimento, ou seja, paga por cada atendimento na fisioterapia, na terapia ocupacional, etc. de acordo com o tratamento prescrito pelo médico, independente do diagnóstico.

Já a LBA paga pelo tratamento global, "x" por paciente, de acordo com o grupo a que pertence pelos critérios dados pela LBA, conforme o diagnóstico médico. O grupo I corresponde a crianças com paralisia cerebral e/ou com indicação de estimulação precoce. O grupo II, a crianças com deficiência mental (síndrome de Down e outras); o grupo III, a crianças com dificuldade de aprendizagem e/ou distúrbios de comportamento, e os grupos IV e V a crianças com deficiência física e sensorial. A maior remuneração da LBA é referente aos pacientes do grupo I.

O atendimento a cada grupo tem suas exigências próprias, dadas pela LBA, em termos de horas disponíveis e necessidade de determinados técnicos. Por exemplo, o grupo I exige neurologista ou fisiatra e "x" horas semanais de atendimento na fisioterapia, na terapia ocupacional, na fonoaudiologia, na psicologia, etc. Já o grupo III necessita neurologista ou psiquiatra e atendimento psicológico, pedagógico e/ou fonoaudiológico, não sendo necessária a fisioterapia ou terapia ocupacional. Assim, as necessidades de tratamento já estão estabelecidas a priori, conforme a patologia.

dos pacientes.

O nível da clínica é dado pela LBA de acordo com os recursos de que ela dispõe para o atendimento às crianças. Se uma clínica tem capacidade de atender a todos os grupos adequadamente ela obtém o nível de excelência, o que significa um ótimo padrão de atendimento e, consequentemente, um pagamento maior por cada paciente atendido na instituição.

A oportunidade para desenvolver um trabalho em equipe surgiu exatamente deste critério da LBA. Em uma reunião dos técnicos com a administração foi levantada a questão que se tivéssemos um atendimento de estimulação precoce melhoraríamos nosso nível junto à LBA, alcançando a excelência e aumentando o percentual pago por paciente em atendimento na clínica.

A questão administrativa, apesar de sua importância num contexto institucional, não seria motivação suficiente para o envolvimento nesta empreitada difícil de instalar um serviço de estimulação precoce. Não nos foi oferecido qualquer adicional de salário por este tipo de trabalho. Porém, profissionais de Reabilitação que trabalham com crianças lesadas certamente se empolgariam com a possibilidade de desenvolver um trabalho de atendimento precoce.

O atendimento de estimulação precoce se destina a crianças de 0 a 4 anos, que possam vir a desenvolver uma incapacidade física ou mental, decorrente de uma possível lesão neurológica. O tratamento precoce visa prevenir ou minimizar possíveis sequelas, o que constitui o ideal em termos de Reabilitação.

Dessa maneira, surgiram pessoas interessadas em desenvolver este trabalho e entre elas, eu.

Sabíamos que a exigência da LBA para este tipo de atendimento era: que o paciente fosse atendido por neurologista - que faria o diagnóstico, o encaminhamento para o tratamento e o acompanhamento de 2/2 meses; e por psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e pedagogo, "x" horas por semana, sem especificar a modalidade de atendimento ou exigir a formação de uma equipe específica para isto.

Partindo dessa proposta, optamos por formar uma equipe de trabalho, avaliar o que sabíamos sobre estimulação precoce e o que precisaríamos saber (adquirir conhecimentos dessa superespecialização) e, principalmente, traçar as diretrizes e os objetivos do setor de tratamento. Resolvemos propor um tipo de tratamento em conjunto - todas as terapeutas na mesma sala, atendendo a um grupo de 5 crianças - e passamos a estudar os problemas de instalação de um setor adequado a este tipo de atendimento.

Para montarmos o setor contamos com a ajuda de outros técnicos e dos pais de pacientes da instituição, uma vez que havia grandes dificuldades financeiras a transpor e a instituição alegou não poder arcar com outras despesas além de ceder o espaço e fazer as adaptações necessárias ao atendimento de crianças pequenas de 0 a 4 anos.

Cada técnico, dentro da especificidade de seu atendimento, fez uma lista do material indispensável para o desenvolvimento de seu trabalho. Ao compararmos as listas, constatamos que, basicamente, o material a ser utilizado pela pedagoga, pela fonoaudióloga, pela terapeuta ocupacional e pela psicóloga era o mesmo, o que reduziu bastante a lista. Foi interessante constatarmos que técnicas específicas, aparentemente diferentes uma das outras, utilizavam o mesmo material, com a mesma finalidade. Utilizamos

material adaptado e de baixo custo (lembra que estávamos na Zona Oeste do Rio de Janeiro), que pôde ser comprado pelos pais dos pacientes e todos ajudaram na confecção dos utensílios.

Iniciamos o atendimento dentro dos seguintes critérios: o paciente, de 0 a 4 anos, com síndrome de Down ou atraso do desenvolvimento psicomotor, era avaliado neurologicamente por mim e encaminhado ao setor. Cada terapeuta (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, psicóloga e pedagoga) avaliava individualmente o paciente e traçava seu plano de tratamento. Foram formados 8 grupos com 5 pacientes, num total de 40, separados pela faixa etária e por patologia, de modo a propiciar um melhor desenvolvimento do trabalho conjunto.

Com a evolução do trabalho sentimos a necessidade de conhecer melhor a criança e optamos por elaborar uma ficha de avaliação conjunta, que pudesse dar conta de todos os aspectos envolvidos no desenvolvimento da criança e que pudesse servir de reavaliação periódica desse desenvolvimento e da nossa programação de tratamento.

Observamos que, mesmo em uma avaliação técnica, dizer que determinada criança não estava evoluindo porque sua parte motora estava estacionária era dizer muito pouco. Vimos que tínhamos de analisar a criança como um todo: se seu desenvolvimento motor não tinha sido significativo, muitas vezes a percepção, a afetividade e a socialização tinham apresentado uma mudança surpreendente. Numa avaliação técnica fragmentada a conclusão seria: quadro estacionário.

Aprendemos, assim, a valorizar a evolução da criança, a dimensionarmos o trabalho dos outros técnicos e a compreendermos quando a mãe dizia que seu filho estava melhorando muito. Houve,

pois, uma mudança no nosso conceito de Reabilitação.

E o trabalho técnico evoluiu da seguinte forma: nossa avaliação tinha dois momentos - a avaliação da evolução global da criança no período e - a programação técnica, onde eram priorizados os aspectos mais defasados e traçado o programa de tratamento de acordo com essas prioridades.

Dessa maneira, se "Joãozinho" apresentava uma defasagem maior na linguagem, o programa de tratamento enfatizava este aspecto, abordandose os fatores psicológicos ou neurológicos que pudesse estar interferindo no seu desenvolvimento, e decidindo-se, por exemplo, que naquele mês a fisioterapia ficaria em segundo plano. É importante ressaltar que era uma segundo plano relativo, como se verá a seguir. No mês seguinte, reavaliávamos o "Joãozinho" verificando a eficácia do tratamento proposto e fazendo nova programação, desta vez enfatizando a fisioterapia (ou não).

Como já disse antes, havíamos optado por um trabalho conjunto. Como o trabalho era desenvolvido no mesmo espaço físico aconteceram situações interessantes, que impuseram essa mudança no conceito de atendimento. Enquanto a fonoaudióloga estimulava a linguagem ou a normalização de tonus dos órgãos fonoarticulatórios de "Joãozinho", por exemplo, as outras crianças estavam sendo trabalhadas pelas outras terapeutas. Mas as crianças e o trabalho das terapeutas eram observados por todos.

Assim, naturalmente, a fisioterapeuta orientava a fonoaudióloga, por exemplo, quanto a melhor postura para aquela criança durante o tratamento fonoaudiológico. Dessa forma, impedisse que a criança adotasse posturas erradas (as quais não eram do conhecimento especializado da fonoaudióloga), que poderiam desencadear espasticidade o que, além de prejudicar o desenvolvi-

mento motor da criança, ainda poderia interferir no próprio tratamento fonoaudiológico. Da mesma forma a fisioterapeuta era orientada quanto à estimulação da linguagem da criança durante as manipulações ou exercícios fisioterápicos, o que, além de propiciar um desenvolvimento mais rápido da linguagem e fala, distraia e relaxava a criança facilitando a realização da fisioterapia.

Como médica neurologista, eu também participava do atendimento e todas esclarecíamos o que, dentro de nosso conhecimento específico, seria melhor para o paciente.

A psicóloga era parte integrante da equipe. Além do atendimento individual que alguns pais e pacientes necessitavam, ela também permanecia no setor durante os atendimentos, intervindo quando necessário, não só em relação à criança como em relação aos próprios terapeutas, esclarecendo aspectos relacionais e procedimentos técnicos que poderiam ser prejudiciais ou favoráveis ao paciente.'

Tratando-se de profissionais competentes e interessadas em desenvolver um bom trabalho, e principalmente um trabalho integrado, todas queríamos orientação das outras terapeutas quanto à melhor técnica em relação aos pacientes. Com isso alargávamos nosso horizonte de conhecimentos, possibilitando um grande crescimento profissional e pessoal.

As "reuniões de equipe" se processavam de maneira informal no dia-a-dia do atendimento, levantando-se questões durante o próprio processo do tratamento. Formalmente as reuniões de equipe aconteciam uma vez por mês, durante o atendimento do paciente, quando era feita a reavaliação de acordo com a ficha de avaliação conjunta.

E os pais estavam envolvidos no processo de reabilitação de seus filhos, estando em constante contato conosco e recebendo as orientações necessárias quanto a estímulos, posturas e procedimentos que facilitariam seu desenvolvimento. Muitas vezes, durante um final de semana, a criança começava a andar, graças ao estímulo tecnicamente adequado da família, somado a uma afetividade e carinho que nós não podíamos oferecer.

Além disso, havia reuniões periódicas dos membros da equipe com os pais, onde quaisquer dúvidas podiam ser dirimidas. Sempre tivemos em mente que, por mais que a criança fosse tratada por nós, cabia aos pais a maior parte do tratamento e, evidentemente, cabia a nós orientá-los tecnicamente nesse sentido.

Havia por parte dos pais um grande respeito ao nosso trabalho, oriundo não só da nossa capacidade técnica "inquestionável" de profissionais de nível superior, mas principalmente do conhecimento que tínhamos de seus filhos, de suas manias, de suas "gracinhas e pirraças", que eram discutidas abertamente com os pais, bem como nossa eventual dificuldade em lidar com eles.

Os pais eram respeitados e ouvidos. Muitas vezes a "recusa" de um paciente ao tratamento era esclarecida pela mãe, que explicava, por exemplo, que naquele horário o irmão chegava da escola e eles costumavam brincar. Na medida do possível, tentavámos uma adequação do horário de forma a permitir que a criança viesse ao tratamento no horário da escola do irmão. E a "recusa" era solucionada.

Essa experiência se constituiu num trabalho integrado, não só através do conhecimento teórico e/ou das técnicas de tratamento, mas principalmente através do processo dinâmico estabelecido entre todas as partes envolvidas.

3.3. NA INSTITUIÇÃO "Y": uma experiência multidisciplinar

Trabalho nessa instituição há vários anos como médica neurologista e participo de diversas reuniões de equipe que nela ocorrem periodicamente. Desempenho nessas reuniões diferentes papéis: de coordenadora de equipe e de consultora de neurologia.

Essas experiências descritas a seguir ocorrem em uma clínica de reabilitação na Zona Sul do Rio de Janeiro. É uma instituição de caráter benéfice, uma das mais antigas do País e de renome internacional. Essa instituição foi objeto da pesquisa de campo descrita no capítulo IV.

3.3.1. Como coordenadora:

A equipe que coordeno faz parte da Unidade Infant-Juvenil, atende a crianças com dificuldades de aprendizagem ou distúrbio de comportamento, o que corresponde ao grupo III da LBA (conforme explicado no item 3.2).

Minha entrada na instituição se deu através de uma solicitação dos participantes dessa equipe, composta na época por psiquiatra, psicóloga, fonoaudióloga e assistente social. A equipe sentiu a necessidade de um neurologista para melhor compreensão desse tipo de patologia, para um melhor diagnóstico diferencial entre problemática neurológica e psicológica e assim eu fui contratada como neurologista da equipe. Após alguns meses houve a saída do psiquiatra da instituição, por motivos pessoais, e passei a coordenadora da equipe.

De acordo com a estrutura administrativa de atendimento, consulto todos os pacientes encaminhados pela LBA como pertencen-

tes ao grupo III, verificando se a criança é elegível para atendimento neste grupo ou não. Se não for caso para o grupo III, como uma deficiência mental ou uma doença degenerativa, encaminho para a Unidade correspondente. Se for elegível para o grupo III, solicito as avaliações dos demais setores (Fonoaudiologia, Psicologia e Serviço Social).

Nessa instituição a equipe existe em função das reuniões semanais, e não em função do atendimento. Ao contrário da minha experiência anterior na estimulação precoce, não existe uma equipe técnica designada para atender o Grupo III. Na Fonoaudiologia, por exemplo, não existem terapeutas designados para o atendimento às crianças do grupo III; de acordo com a existência de vagas o paciente é avaliado e tratado por um ou outro terapeuta do setor, e o mesmo ocorre na Psicologia. O técnico que atende o paciente faz um relatório sobre os achados clínicos da avaliação ou sobre a evolução do tratamento, que é lido na reunião pelo representante de seu setor. Já na Neurologia e no Serviço Social o paciente é atendido pelo técnico que comparece à reunião.

É interessante notar a diferença entre falar e discutir sobre um paciente tratado por você e falar sobre um paciente tratado por outro, que na maior parte das vezes você nem conhece, baseando-se num relatório técnico. A distância entre o tratamento do "Joãozinho" (como citado no item 3.2) e um caso de dislalia é enorme, entrando aí aspectos da relação terapeuta-paciente, aspectos psicológicos e existenciais. E esses aspectos não estão presentes em um relatório técnico que enfoca problemas específicos de aprendizagem, como dislexias, disgrafias, etc. Muitas vezes pede-se a alta de um paciente, por não estar apresentando evolução, quando sérios problemas psicológicos e/ou sociais estão impedindo

sua evolução. Mas a nossa formação técnica, fragmentada e especializada, na maior parte das vezes não inclui essas categorias de "dificuldades psicológicas e sociais", então elas não são da nossa competência e são deixadas para outros profissionais resolverem.

Por outro lado, pode-se observar num relatório que o paciente não está evoluindo porém não é pedida sua alta. Por quê? Evidentemente existem fatores não explicitados no relatório que justificam essa atitude. Mas além do profissional dificilmente ter categorias para classificar outras dificuldades fora de sua área técnica, muitas vezes ao tentar fazê-lo é criticado ou "repreendido" pelos colegas de outras áreas, dizendo-se, por exemplo, que analisar se o paciente tem ou não problemas emocionais não compete ao fonoaudiólogo e sim ao psicólogo. Mas se não há compreensão por parte dos integrantes da equipe, corre-se o risco de darse alta ao paciente por "apresentar quadro estacionário".

A decisão da equipe é soberana, uma vez que cabe ao médico a palavra final sobre o paciente e que os técnicos presentes à reunião geralmente são os chefes de setores. Dessa forma temos de aliar ao nosso conhecimento técnico e às especificidades dos relatórios um nível de compreensão que consiga desvelar significados ocultos por termos técnicos.

Uma vez que a assistente social e eu conhecemos todos os pacientes, de alguma forma conseguimos discutir o caso do paciente e não a patologia em si. Temos tentado, também, fazer com que as representantes dos setores conversem sobre o paciente com o terapeuta antes de reunião, de modo a facilitar a compreensão da problemática do paciente e evitar que a "discussão do caso" fique limitada à minha avaliação/reavaliação e aos relatórios técnicos lidos na reunião.

Como coordenadora da equipe venho tentando fazer com que o terapeuta do paciente compareça à reunião para falar sobre o paciente e sua evolução no período, mas por problemas de horário dos técnicos (turno da manhã e da tarde) e por problemas internos dos setores, raramente isso é possível.

Além disso, na medida do possível, chamamos os pais no início do tratamento, esclarecendo os objetivos e a finalidade de cada tipo de atendimento, e nas reavaliações bimestrais para relatar a evolução da criança nos setores, esclarecendo possíveis mudanças e/ou alta do tratamento.

3.3.2. Como consultora de neurologia:

Após minha entrada na instituição para atender ao Grupo III, fui-me solicitado que comparecesse às reuniões das Unidades de Crânio (lesões craniocéfálicas) e Geral (patologias não enquadradadas nas demais Unidades Clínicas) para atuar como consultora de Neurologia.

Compõem essas equipes o Responsável pela Unidade (médico fisiatra), a neurologista, o médico residente em Fisiatria designado para a Unidade, a chefia da Fisioterapia, da Terapia Ocupacional, da Fonoaudiologia e da Musicoterapia, e representantes da Psicologia e do Serviço Social.

Ao médico residente em Fisiatria cabe preparar e apresentar os casos para a reunião. É importante ressaltar que existe um rodízio de residentes em todas as Unidades Clínicas, de modo que este permanece em determinada Unidade por 8 meses. Devido ao rodízio, às vezes o residente não conhece pessoalmente o paciente, só o conhece pelo prontuário onde estão anotadas as avaliações e

reavaliações médicas e técnicas e seus exames complementares.

Durante a reunião, a partir da leitura dos relatórios técnicos, sem que necessariamente alguém presente à reunião conheça o paciente, traçar-se seu programa de tratamento, sua continuidade ou alta, cabendo ao Responsável pela Unidade a última palavra sobre o tratamento.

A neurologista, sempre que necessário dará o seu parecer sobre o caso (sobre a patologia e não sobre o paciente) baseando-se nos relatórios e exames que constam do prontuário. Se persistirem dúvidas quanto ao diagnóstico ou prognóstico do caso em discussão será marcada uma consulta para um parecer especializado. Dessa forma, o meu papel de neurologista em relação a estas equipes limitar-se ao parecer especializado, uma vez que não faço acompanhamento dos pacientes e sim, se necessário, uma única consulta para elaboração desse parecer.

Após a discussão do caso, o paciente e seus responsáveis são chamados e comunicados da "decisão da equipe" quanto a mudanças de horários, de terapias, preparo de alta ou alta. E muitas vezes o paciente não conhece ninguém presente à reunião, tendo dificuldade de entender como se chegou a determinada conclusão se seu terapeuta não está lá;

Enfatizo que não existe intenção de desmerecer esse tipo de trabalho institucional. Ele funciona relativamente bem, sendo melhor do que em outras instituições, uma vez que há uma proposta de um trabalho conjunto entre os diversos setores, sendo o caso discutido pelos representantes de todos os setores de tratamento, abordando-se todos os aspectos envolvidos e tentando-se, dentro das limitações institucionais, propor-se um tratamento global ao paciente.

Esta avaliação é feita à luz da experiência anteriormente descrita, com qualidade interdisciplinar, que permitiu uma abertura no escudo da minha especialização e me faz defender o trabalho integrado como um outro nível de atendimento.

3.4. EM BUSCA DA CONFIRMAÇÃO

Comparando a minha percepção sobre a dinâmica das equipes descritas, na instituição "X" não havia desmerecimento ou dúvida quanto ao trabalho e capacidade do outro e, sim, crescimento de um trabalho voltado para um objeto comum, o paciente, e para um objetivo comum, o tratamento integrado visando a melhor capacitação do mesmo. Havia hierarquia de responsabilidade em relação à instituição, mas no grupo não havia hierarquia de conhecimentos — todos eram importantes.

Desde o início do projeto nossa vontade era desenvolver um trabalho conjunto; mas só pouco a pouco conseguimos um trabalho integrado. Na prática, descobrimos que podíamos trabalhar no mesmo espaço, usar o mesmo material e fazer uma avaliação (e reavaliação) integrada; que podíamos valorizar, temporariamente, um aspecto do desenvolvimento da criança em busca de um desenvolvimento global, e, principalmente, que tínhamos muito a aprender com as outras especialidades.

Nossa equipe atingiu o nível da interdisciplinaridade, através de um exercício contínuo, de diálogos constantes e do desejo de superar caminhos já conhecidos. Reconhecemos o que nos faltava e recebemos dos outros esse conhecimento. Comparamos nossas hipóteses de trabalho, avaliando reciprocamente os métodos e resultados, e chegamos a uma linguagem e relatório comuns. Ja-

Japiassu, 1976:74)

As equipes da instituição "Y" se intitulam, e são, multidisciplinares pois, segundo os critérios de Japiassu (1976), seus membros têm objetivos múltiplos, estudam paralelamente aspectos de um mesmo problema e apresentam relatórios distintos.

Esse nível de compreensão sobre equipes de trabalho e as conversas informais durante e após as reuniões de equipe, quando alguns profissionais expressaram a vontade de que nosso trabalho fosse mais integrado e que as reuniões fossem mais produtivas – ainda que aceitando a estrutura proposta pela instituição –, foram o estímulo para a realização da pesquisa de campo.

A pesquisa objetiva analisar o contexto institucional e o trabalho em equipes de reabilitação, a partir do conhecimento e da percepção que os profissionais têm da constituição da equipe, sua finalidade e dinâmica, bem como levantar os fatores que facilitam ou dificultam o trabalho em equipe.

CAPÍTULO IV

O PROCESSO DINÂMICO DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES

A pesquisa de campo foi realizada em uma instituição de reabilitação, que atende na Zona Sul do Rio de Janeiro e consistiu de três etapas. A primeira etapa foi um período de observação e investigação participativa, tendo em vista a inserção da pesquisadora na instituição como membro de três das seis equipes que foram pesquisadas.

Na segunda etapa foram levantados dados legais sobre a constituição e o funcionamento da instituição, através de documentos oficiais tais como estatutos, regulamentos, organograma, etc., que serviram como fonte para a elaboração do instrumento de pesquisa e como parâmetro para a interpretação dos dados.

A terceira etapa consistiu no levantamento e na análise – quantitativa e qualitativa – dos dados contidos nos formulários preenchidos por profissionais que atuam na área de reabilitação e que trabalham em equipes nesta instituição. (anexos 2 e 3)

O objetivo da pesquisa foi analisar, usando instrumentos científicos, uma situação do exercício profissional no que diz respeito aos fatores que influenciam a formação, a manutenção e a dinâmica de equipes multidisciplinares.

A análise foi realizada a partir da leitura interpretativa do discurso expresso nos formulários para avaliar o conhecimento e a percepção que os profissionais têm sobre a constituição e a finalidade da equipe na qual trabalha; sobre a participação de cada membro da equipe, e sua percepção da dinâmica e dos fatores

que facilitam ou dificultam o desenvolvimento de um trabalho conjunto.

A opção pela pesquisa de campo lastreada na aplicação de formulário, que visou a obtenção de um relato dirigido, foi fundamentada em algumas premissas que justificam essa escolha.

Há questões éticas que impedem a gravação de reuniões de equipe onde, apesar do paciente não estar presente, está sendo discutido o "seu caso". Não sendo o paciente objeto deste estudo, optou-se por não envolvê-lo, pois obter sua autorização para gravar as reuniões suscitaria outras questões em relação ao funcionamento da equipe que não são objeto desta pesquisa.

Há, ainda, questões de interação funcional, pelo envolvimento da pesquisadora como membro da equipe, o que poderia vir a se constituir em interferência recíproca, da situação e do profissional, acarretando distorções das respostas se as mesmas fossem obtidas através de entrevistas ou gravações das reuniões.

As respostas por escrito e sem que a pessoa tivesse que se identificar, possibilitaram um maior grau de liberdade para o colaborador e a obtenção de respostas mais elaboradas.

A natureza do instrumento de pesquisa garantiu a uniformidade nas questões e favoreceu um contato mais direto com os dados e a possibilidade de serem submetidos a repetidas avaliações, inclusive por terceiros.

O formulário foi elaborado a partir de um questionário testado previamente, que foi aplicado aos colegas do curso de Mestrado em Psicologia Clínica da PUC-RJ. Foi reestruturado levando-se em consideração que algumas questões mostraram-se pouco significativas e outra induzia a respostas ambíguas. Além disso o questionário perguntava sobre a interdisciplinaridade, levando a res-

postas direcionadas. Observou-se, ainda, que da forma como as perguntas haviam sido elaboradas o resultado foi um apinhado de respostas segmentadas, sem uma sequência que o constituísse como texto.

Tecnicamente a versão final do formulário contém parágrafos iniciados por 10 frases, na fa. pessoa do singular, e serem completadas e que deveriam induzir a uma representação e emissão de opiniões pessoais. Além disso, deveriam ser informados a função; o cargo; a profissão; a especialidade, a idade e o sexo, havendo um espaço aberto para observações.

O instrumento de pesquisa (anexo 3), acompanhado de uma carta explicativa dos objetivos e relevância da pesquisa (anexo 2), foi entregue em mãos ao informante que o preencheu, sem a presença da pesquisadora, e o devolveu em envelope fechado. Foram distribuídos quarenta e cinco formulários nas seis equipes existentes na instituição.

A inclusão dos profissionais na pesquisa obedeceu aos seguintes critérios: a constituição da equipe, tal como é definida pela instituição, e a presença sistemática do profissional nas reuniões como membro responsável pelo seu setor (ou Unidade), ainda que o mesmo profissional fizesse parte de mais de uma equipe.

Foram excluídos da pesquisa os profissionais que trabalham na instituição, atendem pacientes e preparam os relatórios de avaliação ou evolução do paciente, mas que não participam sistematicamente das reuniões de equipe.

O prazo para preenchimento e devolução do formulário foi, inicialmente, de vinte dias, porém teve de ser prorrogado considerando ocorrências sociais (greves) na instituição. Assim, o prazo final para entrega dos formulários foi de quarenta e cinco

dias.

É importante ressaltar que a instituição foi consultada e autorizou a aplicação dos formulários ou qualquer outro instrumento de pesquisa que se julgasse necessário para a obtenção dos dados.

4.1. ATRAVÉS DE UMA ANÁLISE INSTITUCIONAL

Para proporcionar uma visão panorâmica do contexto em que as equipes estão inseridas, faz-se, a seguir, um resumo da estrutura organizacional da instituição (extraído dos documentos oficiais), da dinâmica do atendimento ao paciente e do funcionamento e dinâmica das equipes.

4.1.1. A estrutura organizacional

A instituição se constitui, de acordo com seu Estatuto, Organograma e Regimento Interno, da seguinte maneira: uma sociedade civil, de caráter filantrópico, tendo como estrutura organizacional uma Assembléia Geral, um Conselho Deliberativo e uma Diretoria (Diretor-Presidente, dois Diretores Vice-Presidentes, um Diretor Administrativo, um Diretor Tesoureiro, um Diretor Médico e as Legionárias - sócias que se propuseram a prestar em caráter permanente serviços à causa da instituição).

Subordinado à Diretoria, e em especial ao Diretor Administrativo, está o Superintendente Geral "que com ele colabora na supervisão da atuação dos demais Chefe de Divisão" (conforme Estatuto). Cabe à Superintendência Geral "aplicar a política técnica-ética-administrativa, fragada pela diretoria para a conduta oper-

"funcional" da instituição. (conforme Regimento interno, p.2).

As chefias de Divisão estão assim subdivididas: Divisão Médica (Hospital, Unidades Técnicas de Terapia, Unidades Complementares de Diagnóstico, Unidades Técnicas de Apoio e Unidades de Ensino e Pesquisa), e Divisão Administrativa (Serviços e Unidades específicas do setor).

A Divisão Médica compete proporcionar assistência médica técnica profissional de reabilitação à pacientes externos e internos, elegíveis para tratamento, bem como assistência de especialidades clínicas e cirúrgicas a pacientes internos (hospitalizados) e externos (tratamento ambulatorial); proceder avaliação de pacientes de primeira vez, formular diagnóstico e a programação terapêutica, proceder à reavaliação periódica dos pacientes, além das atividades do Centro de Estudos.

Para efeito de consideração e estudo de determinados casos do mesmo tipo de lesão causadora de deficiência, sem contudo haver sua correspondência em área física, arrolam-se as seguintes Unidades Clínicas: Unidade Crâneo-cefálico, Geral (casos não pertencentes às outras Unidades, como doenças degenerativas, miopatias, lesões periféricas, etc.), Raquimedular, de Amputados, de Paralisia Cerebral ou Infanto-Juvenil (que inclui o Grupo III - dificuldade de aprendizagem e/ou distúrbios de comportamento) e de Lesões da Coluna Vertebral.

São chamados de Unidades Técnicas de Terapia os serviços de Fisioterapia em suas diversas modalidades, de Terapia Ocupacional e de Fonoaudiologia.

São chamados de Unidades Técnicas de Apoio os serviços de Psicologia, Serviço Social e Musicoterapia.

Das Unidades Clínicas citadas acima fazem parte: os médicos fisiatras, de três a consultora de Neurologia e de uma o ortopedista; as Unidades Técnicas de Terapia (Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia) necessárias ao atendimento dos diversos tipos de lesão e as Unidades Técnicas de Apoio (Serviço Social, Psicologia e Musicoterapia), que auxiliam - sempre que necessário - o trabalho de reabilitação do paciente.

A instituição tem como objetivo principal: "a prestação de assistência médica e educacional, assistência psicológica, profissional e outras visando à reabilitação do deficiente físico" e como secundários a formação e aperfeiçoamento de profissionais, realização de pesquisas científicas, divulgação e intercâmbio de conhecimentos, exercício de atividades remuneradas para aporte de recursos financeiros e atividades assistenciais não remuneradas.

Sua clientela é constituída por pacientes particulares e de convênios. Atende a adultos e crianças, em regime ambulatorial e de internação, a nível particular ou através de convênios com a LBA, o INAMPS e a Secretaria de Saúde (SUS) e com outras instituições de saúde (Amil, Golden Cross, Banco do Brasil, etc.).

Os pacientes internos permanecem na instituição o tempo necessário ao seu tratamento de reabilitação, após o que retornam para suas casas e atividades normais, ou, por motivos sociais, são encaminhados a instituições de apoio para pacientes crônicos.

4.1.2. A dinâmica do atendimento

O atendimento aos pacientes se processa da seguinte forma: ao procurar a instituição o paciente é encaminhado a um determinado médico, segundo o diagnóstico de sua guia ou segundo a sua

patologia; é avaliado pelo médico fisiatra e encaminhado às Unidades Clínicas ou às Unidades Técnicas de Terapia.

Os pacientes encaminhados pelos órgãos assistenciais, como a LBA (crianças para tratamento ambulatorial), já chegam à instituição com diagnóstico e são encaminhados ao médico responsável pela Unidade Clínica correspondente (Paralisia Cerebral ou Grupo III).

Os pacientes podem ser classificados em dois grandes grupos: pequenos e grandes lesados.

O "pequeno lesado", portador de lesão pouco incapacitante e/ou com possibilidades de cura (lombalgias, entorses, paralises isoladas, etc.) é encaminhado a um fisiatra do ambulatório, que o examinará e prescreverá a medicação e/ou tratamento necessário, encaminhando-o às Unidades Técnicas de Terapia onde será realizado o tratamento prescrito (tração, correção postural, cinesioterapia, ultrassom, etc.) por "x" sessões, a critério médico. Fim das sessões o paciente retorna ao fisiatra para reavaliação clínica, tendo alta ou sendo prescritas novas sessões de tratamento. Esse paciente não passa por reuniões de equipe, sendo seu tratamento acompanhado pelo médico através das evoluções no prontuário e/ou possíveis contatos pessoais entre o médico e os terapeutas.

O paciente "grande lesado", portador de lesão incapacitante e, de modo geral, irreversível (patologias neurológicas progressivas, acidentes vasculares encefálicos, politraumatismos, amputações, etc.), cujo tratamento é a longo prazo e de custo muito alto, é encaminhado ao fisiatra responsável pela Unidade Clínica referente a sua patologia e submetido a uma "avaliação de rotina" pelo médico, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Anteriormente

o Serviço Social e a Psicologia também participavam da avaliação de rotina, porém atualmente, devido ao grande número de pacientes que procuram a instituição - em função das novas modalidades de convênio - esses serviços não mais participam dessa avaliação inicial.

A avaliação de rotina é feita separadamente, cada técnico realizando suas testagens específicas e elaborando um relatório sobre suas conclusões em relação ao tratamento a ser realizado. Após essas avaliações o caso do paciente passará por uma reunião de equipe da Unidade Clínica correspondente, onde será decidida sua elegibilidade (ou não) e solicitados outros pareceres e avaliações. Após o início do tratamento, geralmente de dois em dois meses, será marcada nova reunião para reavaliação da evolução do tratamento do paciente.

4.1.3. Funcionamento e dinâmica das equipes

As equipes são constituídas pelo médico responsável pela Unidade Clínica e por profissionais oriundos dos diversos setores de tratamento da instituição, geralmente os Chefes das Unidades Técnicas de Terapia (Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia) e Apoio (Serviço Social, Psicologia e Musicoterapia).

Cada tratamento é realizado no setor competente. As diversas Unidades Técnicas de Terapia atendem separadamente, cada qual no seu setor, com sua chefia e orientação de tratamento. Assim, o que se denomina equipe da Unidade Clínica não se refere aos terapeutas que atendem ao paciente daquela Unidade e sim aos profissionais que comparecem à reunião de equipe para discutir o caso. As equipes são formadas em função das Unidades Clínicas e para

as reuniões, cada uma com sua especificidade dada pela necessidade de tratamento dos casos.

A inclusão dos profissionais como membros das equipes se dá pelo nível hierárquico ocupado dentro da instituição. Dessa forma, comparecem às reuniões os coordenadores e/ou chefe das Unidades de Terapia e Apoio, que podem delegar essa obrigação a um de seus subordinados. A exclusão se dá pelo desligamento da instituição ou pela perda da delegação. De modo geral não há interferência direta dos Coordenadores das equipes nesses critérios. Os médicos residentes (boisistas) fazem um rodízio de 2 meses em cada Unidade Clínica, o que acarreta mudança sistemática dos profissionais da equipe.

Obedecendo à determinação da instituição, cada equipe reúne-se semanalmente, na Sala de Reuniões, em horário fixo e duração prevista de duas horas e trinta minutos. Sua finalidade básica pode ser assim resumida: discutir casos de pacientes que buscam tratamento ou que estão em tratamento na instituição; eleger ou não os casos compatíveis com a proposta de reabilitação da instituição; avaliar e programar o tratamento, reavaliar e reprogramar o tratamento, orientar e dar alta.

Em função das reuniões de equipes, ao início do mês o médico responsável pela Unidade Clínica faz uma lista dos pacientes que "irão passar" em reunião, durante aquele mês, para admissão (rotina) ou reavaliação. Essa listagem é distribuída aos setores de tratamento para que os terapeutas do paciente elaborem relatórios de avaliação ou de evolução dos tratamentos.

Nas reuniões o médico, geralmente o residente, lê os dados gerais do paciente (nome, idade, sexo, profissão), a patologia e as sequelas do qual é portador, há quanto tempo está em trata-

mento na instituição e em que setores. No caso de paciente de admissão (rotina) o médico lê, também, a história da doença atual, os exames físico e fisiátrico, e o diagnóstico.

A seguir, e sempre nessa ordem, o chefe (ou o representante) da Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Musicoterapia, Psicologia e Serviço Social procede à leitura do relatório do seu setor e, baseado nos diversos relatórios apresentados, os membros da equipe discutem as condições gerais do tratamento e do paciente, decidem pela sua elegibilidade ou não, se é caso de internação ou tratamento ambulatorial, qual será o programa de tratamento (ou sua avaliação e reavaliação), pela continuidade ou não do tratamento, e pela necessidade de outros tipos de atendimento.

Na falta de algum relatório, ou falta de informações adicionais, o representante do setor fica encarregado de entrar em contato com o terapeuta responsável e retornar o caso à reunião.

Tomadas as decisões, o paciente (e/ou seu responsável) é chamado e informado dessas decisões pelo médico residente ou pelo coordenador. Se ao ter alta da internação o paciente tiver dificuldade de locomoção ou econômica para comparecer ao tratamento ambulatorial duas ou três vezes por semana, faz-se uma orientação ao paciente e/ou à família quanto à necessidade da continuidade dos tratamentos dos quais ainda não teve alta, indicando-se outras instituições mais próximas de sua residência que ofereçam esses atendimentos.

Algumas decisões tomadas em reunião podem estar em desacordo com o parecer do terapeuta do paciente, dando-se alta ou mantendo-se o tratamento apesar do relatório solicitar outra providência. Essa conduta dá às reuniões de equipe um caráter de jul-

gamento superior, tanto em relação ao tratamento quanto em relação ao paciente.

A ordem, ou hierarquia, na leitura dos relatórios se reflete na continuidade ou não do tratamento do paciente. Assim, se for solicitada a alta na Fisioterapia e na Terapia Ocupacional, dificilmente o paciente continuará em tratamento "só" nos demais setores; principalmente em relação ao paciente interno não "se justifica" mantê-lo internado "apenas" para fazer tratamento fonoaudiológico e/ou psicológico, por exemplo. Neste caso, optar-se pela alta da internação e indicar-se o tratamento ambulatorial.

A via de comunicação entre as diversas Unidades Técnicas é o prontuário do paciente, onde ficam arquivados os relatórios técnicos elaborados para as reuniões de equipe e registradas as decisões nelas tomadas. Após a reunião, o prontuário do paciente é encaminhado ao Setor de Marcação de Horários, responsável pela distribuição dos pacientes nas Unidades Técnicas de acordo com as prescrições médicas e com os horários de tratamento disponíveis.

Em consequência dessa norma institucional, o paciente não escolhe seu terapeuta e nem este escolhe seu paciente; no curso de um tratamento prolongado o paciente poderá passar por diversos terapeutas, dependendo da programação do tratamento. Por exemplo, se um paciente faz trinta minutos de tratamento na Fisioterapia e foi decidido em reunião de equipe aumentar seu horário para sessenta minutos, o Setor de Marcação de Horários remanejará esse paciente para um horário vago de sessenta minutos.

É importante assinalar que esse procedimento atinge todos os setores de tratamento, independente das técnicas e das formas específicas de atendimento. Tomando como exemplo a Psicologia, essa norma altera uma das características básicas do atendimento,

que é o vínculo que deve ser estabelecido e mantido na relação terapeuta-paciente.

Outro procedimento que interfere na especificidade do atendimento é a questão do prazo. A recuperação de determinadas funções superiores é mais demorada do que a recuperação motora. Um paciente afásico, por exemplo, requer um tratamento neuropsicológico e fonoaudiológico bastante prolongado. Como o objetivo maior da instituição é a recuperação motora e os convênios não aceitam um tratamento a muito longo prazo, devido ao seu alto custo, há uma forte pressão administrativa para que o paciente, após a conclusão de seu tratamento motor, seja transferido para outra instituição para dar prosseguimento aos tratamentos.

Outra questão que merece ser analisada é a discussão de procedimentos técnicos de profissionais que não estão presentes às reuniões. Muitas vezes o representante do setor defende um relatório das ponderações e críticas que estão sendo feitas também sem ter conhecimento direto do caso. A ausência do responsável pelo tratamento na reunião dificulta a compreensão do caso.

Tais procedimentos interferem diretamente nas decisões da equipe, repercutindo na sua dinâmica. A equipe tem uma visão global do tratamento do paciente e julga o que é melhor para ele, porém essa indicação de tratamento está submetida a essas normas que são geradas em instâncias superiores, não sendo discutidas com os responsáveis pelo atendimento ao paciente.

Assim, a equipe que interfere, como instância superior, no tratamento do paciente, sofre interferência de instâncias superiores que determinam as regras de funcionamento da instituição.

Nesta análise institucional conclui-se que as reuniões de equipe fazem parte do estatuto da instituição e funcionam num

nível intersticial entre a base e a cúpula da organização, sem fazer parte do seu organograma e detendo o maior poder de decisão sobre o paciente, ocupando o lugar - não explicitado - de Conselho Técnico Deliberativo. As Unidades Técnicas de Terapia e Apoio, também chamados informalmente setores de tratamento, atendem a todas as Unidades Clínicas, cada qual com sua chefia e coordenador.

Ao longo da análise do processo de atendimento surge uma miscelânea de nomenclatura, setores, funções e atribuições (Unidades - Setores, médico - coordenador - consultor, terapeuta - chefe - responsável, etc.), que dificulta que o profissional internalize seu cargo e função na instituição. Num outro nível de atuação, essa indefinição dificulta que o profissional assuma o papel que lhe cabe como membro de uma determinada equipe.

Na medida em que o terapeuta do paciente não comparece à reunião de equipe, a responsabilidade pelo tratamento e pelas decisões técnicas passa para o representante ou responsável pela Unidade de Terapia. E a responsabilidade final pelo tratamento do paciente é do médico coordenador da equipe, conforme estabelecido pela instituição e pelo Conselho Regional de Medicina.

A coordenação da equipe estabelecida "a priori" impede que surjam lideranças naturais dentro do próprio grupo.

A hierarquia existente nessas equipes dificulta que áreas consideradas de "Apoio" participem efetivamente, pois muitas vezes não são consultadas ou ouvidas nas reuniões. Seria necessário um esforço profissional e individual dos representantes desses setores, a conscientização de seu papel e da necessidade de seus conhecimentos para complementação dos outros saberes, e uma participação mais efetiva, buscando um espaço que, por vezes, não é fácil de conquistar.

Por outro lado, a equipe surge como elemento centralizador dos diversos aspectos do paciente, único ponto de contato entre os diversos tratamentos.

4.2. ATRAVÉS DA PARTICIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NA PESQUISA: uma análise quantitativa

A pesquisa de campo contou com a participação de dezenove dos quarenta e oito membros das seis equipes que funcionam nessa instituição de reabilitação. O total de participantes de todas as equipes em funcionamento na instituição é de quarenta e oito, porém foram distribuídos quarenta e cinco formulários uma vez que a pesquisadora participa de três equipes e não respondeu aos formulários. Os profissionais que participam de mais de uma equipe foi solicitado que preenchessem um formulário por participação.

Dos 45 formulários distribuídos foram obtidas 19 respostas (42,23%) contra 26 abstenções (57,77%) - gráfico "Percentual de participação na pesquisa" (anexo 4).

O quadro "Participação na pesquisa, por categoria profissional" (anexo 5) e o gráfico "Percentual de participação na pesquisa, por categoria profissional" (anexo 6) demonstram que fisiatras, assistentes sociais e fonoaudiólogos tiveram uma boa participação (10,5%) enquanto fisioterapeutas e enfermeiros tiveram os maiores índices de participação (21,1%). Não se fixaram representar os profissionais: psicólogos (6), nutricionistas (2) e pedagogo (1) em sua totalidade.

Na amostra em análise havia 6 homens e 42 mulheres; 50% dos homens e 38% das mulheres responderam aos formulários. A faixa etária varia de 25 a 59 anos e o tempo de trabalho na instituição

de 1 a 28 anos, não havendo interferência desses fatores na análise dos resultados.

Para avaliação dos resultados, os formulários preenchidos foram separados por equipe, classificados de acordo com as respostas à primeira proposição do formulário e comparadas com a constituição oficial das equipes existentes.

Da equipe "A", constituída por 8 profissionais, foram obtidas 5 respostas contra 3 abstenções. Da equipe "B", constituída por 11 profissionais, foram obtidas 4 respostas contra 6 abstenções (a diferença numérica se deve ao fato da pesquisadora fazer parte desta equipe). Da equipe "C", constituída por 8 profissionais, foram obtidas 4 respostas contra 3 abstenções (a pesquisadora faz parte desta equipe). Da equipe "D", constituída por 8 profissionais, foram obtidas 2 respostas contra 6 abstenções. Da equipe "E", constituída por 9 profissionais, foram obtidas 3 respostas contra 6 abstenções. Da equipe "F", constituída por 4 profissionais, foi obtida uma resposta contra 2 abstenções (a pesquisadora faz parte desta equipe). (vide anexo 7 "Participação na pesquisa, por equipe")

A equipe que apresentou o maior índice de participação foi a equipe "A" (63%), seguida da "C" com 50%, da "B" com 40%, e da "E" e da "F" com 30%. A equipe com menor índice de participação foi a equipe "D" com 25%. (vide anexo 8 "Percentual de participação na pesquisa, por equipe")

A análise quantitativa da pesquisa mostrou, objetivamente, que há pouco interesse em participar e colaborar em um trabalho científico que visa contribuir para uma melhor compreensão do desempenho profissional. Os mesmos profissionais que solicitam um trabalho mais integrado deixam de responder aos formulários.

Tornar-se necessário ressaltar a ausência dos psicólogos numa pesquisa destinada a um Mestrado em Psicologia Clínica. Apesar das respostas serem solicitadas e até mesmo cobradas, nenhum dos profissionais dessa área respondeu a essa pesquisa que se destina, em primeira instância, a levantar dados sobre o trabalho em equipe numa instituição médica, dedicada exclusivamente à Reabilitação. Esse parece ser um tema de interesse da Psicologia, uma vez que vemos tantas publicações nessa área referentes ao trabalho institucional, à atuação médica e à atuação do psicólogo em instituições médicas.

Além disso, dentro da própria instituição e nas diversas equipes existem "queixas" quanto à participação e atuação da Psicologia e do Serviço Social (expressas inclusive nos formulários), que não funcionariam como apoio ao tratamento de Reabilitação – objetivo da equipe. Por outro lado, a Psicologia e o Serviço Social não aceitam funcionar como "apoio" ao tratamento médico, residindo aí a grande dificuldade de inserção (e integração) na instituição médica, principalmente em relação à Psicologia que não possui uma categoria de "Psicologia da saúde" como tem o Serviço Social (ver item 2.2.5.).

A pesquisa visou compreender a dinâmica de um processo que deveria ser integrativo e poderia servir como estímulo para uma discussão prodíqua. Assim, a AUSÊNCIA de profissionais que, apesar de não pertencerem ao mesmo campo de conhecimento, são convidados tanto a trabalhar como a participar desse tipo de pesquisa, deve ser tão valorizada nas conclusões quanto as respostas que foram obtidas.

Com relação à participação na pesquisa, pode-se concluir que há uma grande distância entre a proposta institucional e o

exercício da prática profissional.

4.3. ATRAVÉS DOS DISCURSOS EXPRESSOS NOS FORMULÁRIOS: uma análise qualitativa

, obtidos os resultados quantitativos da pesquisa, tornam-se necessárias a análise e a interpretação dos mesmos, buscando evidenciar as relações e as conexões existentes entre os elementos que compõem o processo (conjunto de normas, objetivos, estrutura organizacional), a dinâmica das relações (estrutura organizacional formal x informal, eficiência efetiva x presumida, nível de relacionamento e colaboração, relações de poder, lideranças e competição, deveres e responsabilidades) e os fatores que interferem na qualidade desse trabalho.

Nessa forma buscou-se o verdadeiro significado do material apresentado em relação aos fatores que facilitam ou dificultam o desenvolvimento do trabalho em equipe e se procurou captar a dinâmica do fenômeno institucional e a realidade complexa do funcionamento de equipes multidisciplinares na área da Reabilitação.

Em se tratando de uma abordagem qualitativa (Ludke & André, 1986) e reconhecendo a dificuldade de separar valores pessoais do processo da pesquisa, a autora tomou cuidado no sentido de controlar o efeito da subjetividade sobre os resultados, ao revelar nos capítulos anteriores os seus preconceitos, valores e pressupostos. Tal medida favorece o julgamento do peso de sua subjetividade no desenvolvimento deste estudo.

O conteúdo interpretativo foi enriquecido pela participação da autora nas reuniões semanais e pelo contato informal com os profissionais que participaram da pesquisa, que possibilitou e

possibilita discussões e trocas de informações sobre o assunto.

4.3.1. Dos profissionais, em geral

No relato escrito nos formulários estão expressos o conhecimento e a percepção que os profissionais que atuam nas equipes têm de sua constituição, finalidade, participação de cada membro, dinâmica e os fatores que facilitam ou dificultam o desenvolvimento da equipe.

Pode-se constatar, através das respostas à questão "Eu, atualmente, estou trabalhando em equipe e nela atuam profissionais das seguintes áreas: ..." (anexo 3), que os membros das equipes têm um razoável conhecimento de sua constituição e estrutura, sendo interessante observar que o único profissional mencionado por todos que responderam ao formulário foi o fisioterapeuta. Tal fato encontra ressonância na hierarquia dos tratamentos mencionada no item 4.1.3., não sendo a fisioterapia esquecida por nenhum membro da equipe. Vale comentar que houve uma participação efetiva na pesquisa dos fisioterapeutas em todas as reuniões de equipe das quais participam, conforme demonstrado no anexo 6 (Percentual de participação na pesquisa, por categoria profissional).

O nutricionista foi pouco citado e na realidade pouco comparece às reuniões, uma vez que seu trabalho é em relação aos pacientes internos e dificilmente é objeto de qualquer discussão nas reuniões de equipe. Já o neurologista foi pouco citado na equipe "C", o que demonstra não ser sua participação como consultora muito efetiva nesta equipe. O enfermeiro também foi pouco citado o que demonstra sua pouca participação nas reuniões, apesar de suas informações referentes aos pacientes internos serem impor-

tantes para uma melhor compreensão da problemática do paciente. O psicólogo também foi pouco citado, não sendo lembrado como participante da equipe "D".

Quanto à finalidade da equipe, obtida na questão "reuniões com a finalidade de: ..." (anexo 3), apareceram respostas em dois níveis. Um nível formal, onde é descrita a finalidade da equipe tanto genericamente quanto tecnicamente, servindo de exemplos:

"... avaliar as condições clínicas, físicas, psicológicas e sociais que permitam oferecer amputado as melhores condições de independência da locomoção." (resposta extraída do formulário A1)

"... realizar estudo global dos casos, chegando à conclusão de sua melhora, piora ou estacionamento, trazar novos objetivos, prescrição de outras modalidades de tratamento, órteses, etc. Participação da alta para os pacientes e familiares e também estabelecer o preparo de alta ..." (formulário D2)

É um nível ideal da finalidade a ser atingida na reabilitação:

"... tornar pessoas fisicamente incapacitadas em indivíduos capazes ..." (formulário A7)

"... promover a independência e reabilitação de pacientes para reintegrá-las à sua vida anterior," (formulário C8)

Assim, um grande número de respostas referem-se aos objetivos da reabilitação propriamente dita e não aos objetivos das reuniões de equipe.

Quanto à participação dos membros das equipes, conforme respostas à questão "onde cada profissional participa da seguinte maneira: ..." (anexo 3), obtever-se as seguintes modalidades de resposta:

"... a descrição da função específica de cada setor de tratamento e não da maneira como participa na reunião, como por exemplo:

"... fisioterapia - cinesioterapia individual e em grupo; terapia ocupacional - coordenação motora, desensibilização..." (formulário A2)
 "... médico fisiatra, avaliação clínica e fisioterápica, estabelecer o potencial de reabilitação, acompanhamento do processo de tratamento ..." (formulário C1);

"... os objectivos gerais ligados a cada área de atuação:

"... avalia o paciente de acordo com os critérios da respectiva área, propõe programa específico de tratamento visando atingir os objectivos traçados, atende ou acompanha o atendimento nos diferentes setores de tratamento, reavalia e/ou reencaminha o paciente para estudo, reformulações de programa e decisões em R.E." (formulário A3)

"... algumas respostas sugerem, resumidamente, a participação de uma forma geral sem especificar a participação da cada membro da equipa:

"... reunidos analisamos um objetivo comum para o pac., isto de forma individualizada analisando-se condições físicas, nível de lesão, condições psicobiológicas de cada um e então cada um dentro de sua especialidade traça metas de ação a fim de se promover o desenvolvimento do paciente." (formulário A7)

"... cada um dentro da sua especialidade, traça metas de ação a fim de se promover o desenvolvimento do paciente para que juntos possamos alcançar o objetivo comum proposto pela equipe." (formulário B9)

De modo geral, as respostas quanto à participação restringiram-se a uma sugestão do que deveria ser a atuação do profissional na reunião, e não um relato de como é a participação de cada um.

Quanto ao desenvolvimento do trabalho em equipe, houve um certo consenso nas respostas à questão "Na minha opinião, o trabalho da equipe se desenvolve da seguinte forma: ..." (anexo 3), expresso pelo seguinte exemplo:

"... dentro dos limites acima descritos (profissionais especializados) a reunião de equipe promove troca de informações e opiniões sobre cada caso. Da discussão chegar-se a um consenso quanto ao programa a ser estabelecido para cada paciente." (formulário A1)

Analisando as respostas a partir da proposição de que para trabalhar em equipe é necessário que as pessoas se identifiquem e trabalhem no sentido de atingir objetivos mais amplos em confronto com objetivos estritamente pessoais, observar-se que aparecem críticas direcionadas não só à instituição mas a atitudes individuais dos membros das equipes. Ficar-se no nível "do que deveria ser", sem relatar o que na realidade ocorre no processo dinâmico das reuniões, deixando entrever que existe um conflito pela excelência ao invés de um esforço conjunto nessa direção.

Nessas críticas foram levantados aspectos positivos e negativos. Foram considerados aspectos positivos: respeito mútuo, contato diário, as reuniões, acompanhamento evolutivo do quadro de cada paciente, intercâmbio de idéias entre os profissionais, consenso. Foram considerados aspectos negativos: avaliações repetitivas, falta de diálogo entre os setores, transferência de responsabilidade, trabalho realizado isoladamente por cada setor, falta de cobrança, conversas paralelas.

Para aprofundar aspectos da dinâmica das relações foram levantados os fatores que facilitam e os fatores que dificultam o desenvolvimento de um trabalho em equipe, tal como estão transcri-

tos nos anexos 9 e 10.

Efectuada uma primeira leitura, observou-se que tais fatores poderiam ser classificados em três categorias principais: individual - referentes ao indivíduo que responde ou a atitudes que possam ser tomadas individualmente; psicossocial - referentes às relações interpessoais, ao indivíduo e ao outro, e organizacional - referentes à instituição e ao que ela oferece.

Alguns fatores apareceram de forma mais constante como facilitadores (anexo 9):

- como categoria individual: consciência profissional, dedicação, interesse e seriedade;
- como categoria psicossocial: bom relacionamento, respeito mútuo e troca de conhecimentos;
- como categoria organizacional: discussão dos casos, equipe multidisciplinar, reuniões de equipe, tempo suficiente para reuniões e integração da equipe.

Observar-se que em relação aos fatores facilitadores há uma concentração e consenso nas respostas, distribuídas homogeneamente entre as categorias. Poder-se-ia dizer que para um bom trabalho em equipe são necessárias atitudes individuais e de relação interpessoal, e que a instituição aceite e/ou facilite este tipo de trabalho.

Quanto aos fatores que dificultam o trabalho em equipe (anexo 10):

- como categoria individual: carência de formação técnica específica, desconhecimento (dos casos, de normas e resoluções, de outras áreas e do trabalho de outros setores), limitação da especialidade, não ver o paciente como um todo, não estabelecer boa relação (paciente, terapeuta, família e equipe);

" como categoria psicossocial: falta de respeito pelo posição do determinado profissional, insatisfação geral, linguagem técnica;

" como categoria organizacional: ausência na reunião dos terapeutas que atendem o paciente, falta de comunicação sobre as reuniões, falta de infraestrutura, de horários, de recursos humanos e materiais, problemas de convênios e rotatividade nas equipes interprofissionais.

Com relação aos fatores que dificultam o trabalho em equipe, observa-se maior peso na área organizacional, que é responsabilizada pelas faltas, dificuldades e problemas, havendo, porém, uma grande variedade de causas. A instituição é colocada como responsável maior pelas dificuldades, dando-se menor relevância às atitudes individuais e à dinâmica do grupo.

Nas é interessante observar que na categoria individual há um reconhecimento quanto à formação deficiente e fragmentada, o que seria um passo para uma possível mudança e busca de uma maior integração.

Em relação a um trabalho ideal e como ele se desenvolveria (anexo 3) as respostas mostram a necessidade de uma mudança na estrutura das equipes, que permitisse a inclusão nas reuniões dos terapeutas que tratam o paciente. Há uma grande solicitação de oportunidades para crescimento, desenvolvimento e bom êxito profissional, através de cursos e seminários de atualização. Porém isso não se estende aos objetivos mais amplos do funcionamento das equipes e da própria instituição.

Tal fato se expressa claramente quando se pergunta como se desenvolveria um trabalho ideal em equipe. Quatro profissionais deixaram em branco a resposta; outros reafirmaram a necessidade de cursos e palestras, maior disponibilidade de tempo, havendo apenas

uma resposta que propõe "... uma discussão (avaliação) em CONJUNTO sobre os objetivos a serem traçados para a reabilitação do paciente." (formulário A2)

Na avaliação geral dos formulários constatou-se que, em sua maioria, os relatos são mais informativos, carecendo de uma reflexão avaliativa sobre o tema da pesquisa, ou sobre a complexidade que o atendimento em equipe na área de reabilitação requer.

4.3.2. Por equipe

Por se tratar de um estudo referente à prática profissional em equipes multidisciplinares, procedeu-se à análise nos dados por equipe pesquisada.

As equipes foram classificadas de acordo com o item 4.2.

Levando-se em consideração que há profissionais que participam em mais de uma equipe, solicitou-se que respondessem a um formulário para cada equipe da qual participa. Para efeito da análise que se segue, fez-se uma comparação "a priori" entre suas respostas, concluindo-se que as respostas nos formulários se referiam a determinada equipe, não havendo respostas uniformes para as equipes das quais o mesmo profissional participa - o que dá validade às respostas.

4.3.2.1. Equipe "A"

Esta equipe é constituída pelos seguintes profissionais: médico responsável, médico residente, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, enfermeiro e técnico.

Nenhuma das respostas obtidas continha a constituição completa da equipe, sugerindo o desconhecimento de sua composição. O único profissional mencionado por todos como membro da equipe foi o fisioterapeuta.

Quanto à sua finalidade apareceram: avaliar as condições do paciente, reabilitar, capacitar e reintegrar, ajuda psicológica; confecção de órtese e prótese, etc., sugerindo os objetivos da reabilitação em si e de técnicas específicas, e não a finalidade da equipe.

Com relação à participação de cada profissional, esta se confunde com objetivos e técnicas específicas, servindo como exemplo: avalia o paciente de acordo com os critérios da respectiva área; fisioterapia - cinesioterapia individual e em grupo; médico - avaliação das condições clínicas e fisiáticas, acompanhamento da evolução, etc.

Quanto ao desenvolvimento do trabalho em equipe quatro respostas se referem ao relacionamento e eficiência do trabalho (Promove trocas de informações e opiniões, chega-se a um consenso, etc.) que os profissionais gostariam de atingir (nível ideal), e uma descreve o processo desde o encaminhamento do paciente à instituição até o momento da comunicação ao paciente da proposta do programa de reabilitação em reunião de equipe, dentro de uma eficiência presumida (com muita objetividade, segurança, etc.).

Em relação aos fatores facilitadores: consciência profissional, respeito e amizade, reuniões de equipe, discussão periódica dos casos, bons recursos materiais, atuação do chefe da equipe, etc. Como fatores que dificultam: limitação da especialização, o choque de objetivos, falta de recursos humanos e materiais, problemas sociais e dos convenios que retardam o início do

tratamento, não comparecimento à R.E., dos demais terapeutas que atendem o paciente, etc.

Quanto a um trabalho ideal seria necessário um objetivo único, que cada profissional conhecesse melhor o trabalho do outro, reunião com os profissionais que atendem o paciente, etc. e este trabalho se desenvolveria da seguinte forma: discussão em conjunto sobre os objetivos a serem atingidos, através de cursos e palestras, participação de todos os terapeutas em R.E., avaliação técnica na chegada do paciente, etc.

Função, cargo, profissão e especialidade: três formulários estavam completos, mas não colocou a especialidade e outro a função.

Nessa equipe 3 profissionais fizeram observações nos formulários, desejando boa sorte, desculpando-se pela demora e explicando que suas respostas não sua visão do trabalho na instituição. Alguns assinaram os formulários.

4.3.2.2. Equipe "B"

Constituição: médico responsável, médico residente, neurolologista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, enfermeiro, musicoterapeuta e nutricionista.

Apenas uma das quatro respostas continha a constituição e estrutura completas da equipe, porém as outras três apresentaram 90% de acerto. O profissional menos citado foi o nutricionista, seguido do assistente social e enfermeiro.

Quanto à finalidade da equipe apareceram: discutir casos; avaliar as condições do paciente, reavaliar e reintegrar; vi-

ção global do paciente; proporcionar maior independência, etc. Os profissionais dessa equipe mostraram uma razoável percepção de sua finalidade e também aparecerem os objetivos da reabilitação.

Quanto à participação foram mencionados: lendo avaliações ou os relatórios elaborados sobre o paciente; discussão dos casos; cada um, dentro da sua especialidade, traça metas de ação... etc. Os integrantes dessa equipe expressaram, resumidamente, uma noção aproximada da participação dos membros da equipe, mas sem especificar a participação de cada profissional.

Em relação ao desenvolvimento do trabalho em equipe: pelo intercâmbio de idéias entre os profissionais, a reunião funciona para decidir alta ou manutenção de horários, respeito mútuo, etc. Três respostas presuem um nível ideal de eficiência e relacionamento, enquanto uma das respostas se refere ao nível real da reunião criticando essa forma de desenvolvimento do trabalho.

Enquanto três respostas ressaltam como fatores facilitadores bom relacionamento, discussão de casos, humildade, etc., uma coloca, ironicamente, o desinteresse como fator facilitador de um trabalho rápido, vazio e seu propósito. Como fatores que dificultam: fatores administrativos (falta de recursos humanos, ausência de relatório, etc.), e psicossociais e individuais (desconhecimento, especialização, linguagem técnica, etc.)

Para realizar um trabalho ideal: intercâmbio de informações, conhecimento do trabalho do outro e cursos. Uma das respostas ressaltava a necessidade do estudo do caso no setor, antes de ser levado à R.E., e melhor acompanhamento do caso por parte da equipe médica.

Quanto a como se desenvolveria este trabalho as respostas estão referidas ao trabalho e aprimoramento dessa equipe, com

ma: falta um pouco de integração, presença dos médicos nos setores, diminuir a onipotência médica, etc.

Em relação a função, cargo, profissão e especialidade duas respostas estavam completas, uma deixou em branco a função e outra a especialidade.

4.3.2.3. Equipe "C"

Constituição: médico responsável, médico residente, neurologista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social e enfermeiro.

Somente uma das quatro respostas continha a constituição completa da equipe, as outras 3 apresentaram 90% de acerto. O profissional menos citado foi o neurologista, seguido do enfermeiro.

Quanto à finalidade da equipe apareceram: avaliar as condições do paciente, estudar casos, reavaliar e capacitar; promover a independencia e reabilitação, etc. Duas respostas davam uma visão global da finalidade da equipe, e as outras duas se referiam aos objetivos da reabilitação.

Quanto à participação apareceram: relato da evolução em cada área, avaliando o desempenho; discussão de casos; etc. Duas respostas dava as técnicas de cada especialidade. De modo geral as respostas se referiam aos objetivos das reuniões e não à participação de cada membro da equipe.

Em relação ao desenvolvimento do trabalho em equipe: duas respostas assinalam as dificuldades encontradas para desenvolver um trabalho eficiente; uma descreve o relacionamento, valorizando o respeito mútuo de cada profissional no dia-a-dia, ou seja fora das reuniões de equipe e a outra nega que haja trabalho em

equipe, considerando que os trabalhos são realizados isoladamente por cada setor e que a equipe é formada para a reunião.

Quanto aos fatores que facilitam: o bom relacionamento profissional (união, troca de conhecimentos, diálogo, etc.) e a equipe em si; uma das respostas refere-se a fatores que poderiam facilitar o desenvolvimento do trabalho (ter um dia para estudos e discussões internas, etc.). Fatores que dificultam: problemas administrativos (falta de horário, falta de vagas nos setores, rotatividade nas equipes interprofissionais, etc.) e fatores individuais (falta de conhecimento das resoluções e regimento).

Para realizar um trabalho ideal há um consenso quanto à necessidade de mudanças na instituição (administrativa, Divisão Médica e equipes), havendo também respostas que sugerem autocrítica.

Quanto ao desenvolvimento do trabalho: se desenvolveria harmoniosamente; reciclagem dos profissionais com noção real de equipe de reabilitação e intercâmbio. Uma das respostas descreve maneiras de melhorar a eficiência das reuniões e pede uma Psicologia mais atuante tanto para os pacientes quanto para os profissionais.

Quanto a função, cargo, profissão e especialidade três respostas estavam completas e uma não dava a função.

4.3.2.4. Equipe "D"

Constituição: médico responsável, médico residente, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, enfermeiro e nutricionista.

Uma das respostas continha a constituição completa da equipe e a outra apresentou 90% de acerto. O profissional não citado foi o psicólogo.

Quanto à finalidade apareceram: estudar casos globalmente, indicar e participar altas, capacitar e reabilitar; devolver parte de sua independencia. Para um dos membros da equipe a finalidade se confunde com os objetivos da reabilitação e para o outro há um bom nível de percepção dessa finalidade.

Quanto à participação: o representante lê os relatórios e emite um parecer final; cada um dentro de sua especialidade traça planos de ação, etc. As respostas mostram uma visão limitada das diversas participações.

Em relação ao desenvolvimento do trabalho em equipe as duas respostas são contraditórias: uma valorizando o relacionamento e a outra criticando o desenvolvimento do trabalho, as atribuições dos membros da equipe, a autoridade assumida pelos terapeutas na reunião, a relação de poder e o nível de relacionamento.

Quanto aos fatores facilitadores: o bom entrosamento da equipe e as rondas e as reuniões. Nos fatores que dificultam: o déficit de recursos humanos e materiais.

As duas respostas informam função, cargo, profissão e especialidade.

Foi feita uma observação quanto à necessidade de reformulações no que diz respeito à instituição.

4.3.2.5. Equipe "E"

Constituição: médico responsável, fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente

social, musicoterapeuta e pedagogo.

As três respostas continham a constituição completa da equipe.

Quanto à finalidade da equipe apareceram: estudar e discutir casos globalmente; avaliar as condições do paciente, decidir e preparar alta, etc. Em um dos formulários foi mencionado "objetivar uma visão global". Existe um consenso entre os membros da equipe sobre a finalidade da mesma.

Em relação à participação: cada profissional deve descrever o momento do paciente; cada profissional participa através da discussão do caso; alguns profissionais apenas dão um informe, etc. As respostas dão uma razoável ideia da participação, porém generalizam as atuações.

Quanto ao desenvolvimento do trabalho: uma resposta refere-se à falta de eficiência devido a pouco tempo e ao grande número de pacientes, e ao relacionamento entre os membros da equipe, com falta de motivação e interesse. Outra resposta refere-se ao acompanhamento dos casos, e outra descreve, imprecisamente, o desenvolvimento do trabalho na sequência formal dos acontecimentos.

Quanto aos fatores que facilitam apareceram: a presença nas reuniões e as reuniões de equipe em si, e estabelecimento de boa relação paciente-terapeuta, família e equipe. Como fatores que dificultam: aspectos administrativos (pouco tempo de reunião), a falta de integração dos profissionais e falta de visão do paciente como um todo.

Em relação a um trabalho ideal: respeito entre a equipe, maior espaço para determinados profissionais, e cursos e palestras. Como se desenvolveria este trabalho: duas respostas em branco e uma diz que já respondeu anteriormente.

Uma das respostas especifica a função, o cargo, a profissão e a especialidade corretamente, e outra não informa a função. A outra confunde função e cargo, deixando em branco a especialidade.

4.3.2.6. Equipe "F"

Constituição: médico responsável, psicólogo, fonoaudiólogo e assistente social.

A única resposta continha a constituição completa da equipe.

Quanto à finalidade da equipe dizia: discutir casos, tentando englobar todas as áreas e trabalhar para atingir o mesmo objetivo. A resposta demonstra uma demanda por um trabalho conjunto, não mencionando as finalidades básicas da equipe.

Quanto à participação descrevia, em linhas gerais, a atuação dos profissionais, entrecortada por uma queixa sobre como o seu setor é encarado dentro da instituição, e não relatando como cada profissional participa de sua equipe.

Em relação ao desenvolvimento do trabalho em equipe a resposta menciona o relacionamento e a eficiência como meios para atingir o objetivo da instituição.

Como fatores facilitadores: a integração da equipe e a colaboração entre os profissionais. Fatores que dificultam: dificuldade de ir aos outros setores, conhecer seus trabalhos, falta de tempo para o intercâmbio.

E para desenvolver um trabalho ideal seria necessário ultrapassar estas dificuldades, não especificando como se desenvolveria tal trabalho.

Os quesitos função e especialidade não foram preenchidos.

4.3.3. O conhecimento e a percepção dos profissionais

Na análise do conhecimento e da percepção que os membros das seis equipes multidisciplinares de reabilitação têm sobre sua constituição, finalidade, dinâmica e dos fatores que facilitam ou dificultam o seu desenvolvimento, conclui-se que:

- As dificuldades do trabalho em equipe são atribuídas, na sua maior parte, à instituição pela falta de infra-estrutura adequada ao bom funcionamento da equipe. Foi levantada, ainda, a questão da falta de respeito pelo trabalho do outro, como fator individual que dificulta o trabalho em equipe.

A necessidade do trabalho em equipe é justificada pela carência de informação técnica, pelo desconhecimento de outras áreas e de outras situações profissionais, pelas limitações da especialização e a visão segmentada do paciente.

- A exigência que a coordenação seja feita por um médico, que tem o nível hierárquico mais alto, limita o desenvolvimento dos trabalhos submetido ao desempenho e proposta do coordenador, que poderá dar ou não autonomia aos membros da equipe para discussões abertas, propostas de mudanças, etc., favorecendo que se atinja um maior nível de integração entre os diversos profissionais.

Nos discursos da diversas equipes não surgiu uma disposição ou a constatação de necessidade de grandes mudanças em relação ao trabalho desenvolvido que é julgado suficiente e bom.

Talvez a compreensão da importância de um trabalho interdisciplinar, principalmente na área de reabilitação onde tantas

disciplinas estão envolvidas e são necessárias a este tipo de atendimento, só seja atingida através da vivência, como aconteceu na instituição "X", relatada no capítulo III, ou através de uma proposta institucional.

A conclusão final da pesquisa de campo - o desconhecimento e a percepção equivocada de um trabalho em equipe - pode ser inferida em uma casuística de pequeno tamanho, levando-se em consideração que foi feita uma avaliação qualitativa dos discursos expressos nos formulários.

Poder dispor de dados concretos a respeito do fenômeno em observação - trabalho em equipe - analisado, criticado e avaliado no momento mesmo de sua ocorrência é muito importante quando se sabe que a formação e a prática profissionais pedem uma constante reavaliação e novas propostas.

CONCLUSÕES

Revendo as origens histórico-sociais dos fatores que determinam e influenciam a prática profissional, pode-se concluir que, no que diz respeito ao conhecimento teórico, a história das Ciências nos mostra que não há (e nem pode haver) uma fragmentação ou separação nítida entre as áreas do saber.

O que ocorre no campo do conhecimento científico a partir dos séculos XIX e XX, com a volumosa produção de saber teórico e a divisão mundial em dois sistemas político-ideológicos, são mudanças no modo de adquirir, produzir e transmitir o saber, ocasionando a estruturação do exercício profissional em segmentos de especialização e o advento dos (super)especialistas.

Analisando a problemática situação atual, conclui-se que a aquisição do conhecimento fragmentado se dá através da formação profissional já estruturada e direcionada à formação de especialistas, o que leva à desinformação e ao desconhecimento sobre o todo e sobre as áreas subjacentes.

A má qualidade do ensino no país, bastante criticado mas sem mudanças significativas, continua produzindo profissionais parcialmente informados e formados e distanciados da nossa realidade. Conhecimentos que deveriam ser complementares tornam-se motivo de discussões, equívocos e disputas tecno-científicas, nem sempre teoricamente sustentáveis. O "status" social atribuído a determinadas profissões leva à desvalorização de outros saberes e de outras práticas profissionais.

A instituição de saúde, fortemente influenciada por suas origens religiosas e acontecimentos sociais, nesse século passa

por modificações estruturais, centraliza a mais moderna tecnologia e os recursos financeiros disponíveis para a prestação de serviços médicos sofisticados e caros, sem contudo romper com o aspecto assistencial e benemerente que adquiriu em suas origens.

Com relação ao Brasil a análise histórica mostra que ao copiarmos modelos e adaptarmos conhecimentos e técnicas estrangeiros — sem definirmos nossas próprias necessidades e metas — o conhecimento teórico, a formação profissional e as instituições não se desenvolvem plenamente, não estando adequadas às necessidades e condições do país.

O exercício profissional na área da saúde, oriundo desta problemática situação, cada vez mais se distancia da realidade do país, voltando-se para uma assistência curativa, cara e inacessível à maioria da população, em detrimento de uma proposta preventiva e eficaz.

A formação profissional atual influencia e altera o atendimento, seja individualmente seja nas instituições, e o (super)especialista afasta-se de seu paciente, substituindo a relação médico-paciente, a anamnese e o exame físico por exames complementares sofisticados e caros, e delegando a outros terapeutas e técnicos a execução do atendimento e tratamento, pelos quais é responsável.

Analisando a atuação dos profissionais que integram as equipes multiprofissionais, através das leis e normas que regem e determinam o exercício profissional, pode-se concluir que:

- a. há uma nítida sobreposição de áreas de atuação, como por exemplo: do fisiatria x fisioterapeuta, do neurologista x psicólogo x fonoaudiólogo, dificultando na prática o delineamento, os limites e os níveis de atuação e de responsabilidade;

b. há um distanciamento do médico de seu paciente, uma vez que ele passou a ser um supervisor (ou consultor) do trabalho que outros profissionais executam; e

c. os profissionais que executam a tarefa de atender e tratar - os terapeutas -, também têm nível de formação superior, o que lhes dá a mesma prerrogativa legal do médico, o que acarreta confusões em relação à hierarquia e à responsabilidade sobre o atendimento, tratamento e alta.

Na comparação de duas experiências profissionais, em duas instituições, com estilos de atuação diferentes, levando-se em consideração constituição das equipes, finalidades, dinâmicas e fatores que facilitam e/ou dificultam o seu desenvolvimento, conclui-se que, com a unidade da instituição, a motivação e o esforço conjunto dos profissionais, é possível atingir um tal nível de integração entre os diversos profissionais que leva a um atendimento interdisciplinar.

Comparando a descrição das atuações profissionais nas duas instituições de Reabilitação e levando-se em consideração os resultados da pesquisa de campo, pode-se concluir que a possibilidade da integração da equipe multidisciplinar no contexto da Reabilitação está sustentada por: atitudes individuais (vontade de trabalhar em conjunto, disponibilidade para troca, capacidade de se libertar de vaidades e hierarquias, coragem de enfrentar mudanças, dedicação e consciência profissional, interesse e seriedade), fatores psicossociais (estabelecimento de objetivos comuns a todos os membros da equipe e adoção de uma linguagem comum, que proporcionarão um bom relacionamento, respeito mútuo e troca de conhecimento entre os participantes da equipe), desde que os fatores organizacionais (recursos materiais e humanos; alocação de horário

para estudo e discussão dos casos) estejam disponíveis.

Na análise da dinâmica do processo das equipes multidisciplinares, englobando a análise institucional, a participação, o conhecimento e a percepção que os profissionais têm a esse respeito, conclui-se que as dificuldades para o desenvolvimento de um trabalho conjunto podem ser atribuídas às normas estabelecidas "a priori", que cerceam e limitam o movimento e a liberdade para mudanças e a atuação profissional, dificultando a transformação do ambiente de atendimento e a adoção de outras normas. O profissional cerceado, desmotivado, perde eficiência na sua participação. Os resultados finais da pesquisa mostram claramente o desconhecimento e percepção limitada que os membros das equipes têm de seu funcionamento.

Para atingir a qualidade interdisciplinar tornam-se necessárias atitudes individuais e compreensão do significado maior de uma ação conjunta visando um objetivo comum a todos os interessantes da equipe, o que possibilitará a superação dos obstáculos encontrados.

Os benefícios que um trabalho integrado, num estilo interdisciplinar, traz à atuação profissional são:

- economia de material, de tempo, de esforço técnico, de horas de atuação;
- aprendizagem e troca teóricas e técnicas entre as disciplinas;
- melhora da qualidade de tratamento, através da intervenção imediata e esclarecedora em situações de atendimento e manipulação, esclarecimento de atitudes e técnicas que possam ser prejudiciais ou benéficas para o paciente, e
- desenvolvimento da capacidade de manejar diferentes conceitos e métodos.

A conclusão final deste estudo é que não é suficiente ter conhecimento e/ou percepção dos fatores que dificultam ou facilitam o trabalho em equipe. Somente uma reflexão crítico-analítica, que vai às origens dos problemas, pode levar a mudanças efetivas na qualidade da prática profissional.

No decorrer da elaboração deste estudo apareceram outros fatores que influenciam o exercício profissional, tais como: a situação brasileira de colonização e dependência de recursos culturais, tecnológicos e econômicos, tanto em relação aos países europeus quanto em relação aos Estados Unidos da América; pressupostos político-ideológicos; reserva de mercado, e outros. O fato de não terem sido aprofundados não significa que não foram levados em consideração para as conclusões finais. Devido à sua complexidade, devem ser objeto de outros estudos e outras considerações.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. BERGER, Peter L. & LUCKMANN, Thomas. *A construção social da realidade; tratado de sociologia do conhecimento.* Trad. Floriano de Souza Fernandes, 4a.ed. Petrópolis, Vozes, 1976;
2. BLEGER, José. *Temas de Psicologia. Entrevistas e Grupos.* São Paulo, Martins Fontes Ed., 1980;
3. BOLETIM INFORMATIVO. Sociedade Paulista de Medicina Física e Reabilitação. n 7 jan/91;
4. CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico.* Rio de Janeiro Forense-Universitária, 1978;
5. CAPRA, Fritjof. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente.* São Paulo, Cultrix, 1982;
6. CLASSIFICAÇÃO Brasileira de Ocupações (CBO), do Ministério do Trabalho - SINE, Brasília, 1982;
7. CLAVREUL, Jean. *A ordem médica; poder e impotência do discurso médico.* São Paulo, Brasiliense, 1983;
8. CÓDIGO DE DEONTOLOGIA DE ENFERMAGEM; processo ético, transgressões e penalidades. Conselho Federal de Enfermagem, janeiro/1978;
9. CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. Legislação dos Conselhos de Medicina. Rio de Janeiro, CREMERJ, 1988;
10. CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL. C.F.A.S., Brasília, maio/86;
11. CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DOS PSICÓLOGOS. Conselho Federal de Psicologia 1962-1987, Brasília, ago/87;
12. CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL da 2a. Região, Regimento Interno, normas para habilitação ao exercício das profissões, código de ética, código de processo disciplinar, regulamento para registro de empresas. Rio de Janeiro, maio/84;
13. DESCARTES, René. *Obra escolhida.* 2a.ed. São Paulo, Difusão Europeia do Livro, 1973;
14. DIALOGO Médico Roche, ano 15 n 8-1989, São Paulo
15. DIALOGO Médico Roche. São Paulo, Abril, 1990;
16. ECO, Humberto. *Como se faz uma tese.* 3a.ed. São Paulo, Perspectiva, 1986;
17. FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. *Integração e interdiscipli-*

- naridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia? São Paulo, Ed. Logos, 1979;
18. FIGUEIRA, Sérvulo Augusto org. et al. **Efeito Psi; a influência da psicanálise.** Rio de Janeiro, Campus, 1988;
19. FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** 6a.ed. Rio de Janeiro, Graal, 1986;
20. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1977;
21. GUIA DO ESTUDANTE 89; Cursos e Profissões. São Paulo, Abril, 1989;
22. HUHNE, Leda Miranda. **Metodologia científica: caderno de texto e técnicas.** Rio de Janeiro, Agir, 1987;
23. INFORME del Comité de Expertos de la OMS em Prevención de Incapacidades y Rehabilitación, Ginebra, 1981;
24. JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber.** Rio de Janeiro, Imago, 1976;
25. JBM. **A Medicina e sua História.** A Medicina no século XIX (parte 1). Vol. 54, n. 23, abril 1988; (parte 2). Vol. 54 n. 24, junho 1988; (parte 3). Vol. 55, n. 25, julho 1988;
26. JBM. **A Medicina e sua História.** A Medicina no século XX (parte 1). Vol. 55, n. 26, outubro 1988; (parte 2). Vol. 55, n. 55, dezembro 1988;
27. JORNAL do CFM ago/set/out. 89, p.3
28. JORNAL do Federal, VI Plenário, ano IV, n 19, jul/ago 1989;
29. LANGENBACH, Miriam & NEGREIROS, Teresa Creusa G. Monteiro. **A psicologia no Rio de Janeiro, versões e reflexões.** Rio de Janeiro, PUC/RJ, 1987. (série A psicologia aplicada: uma prática em debate);
30. LAPASSADE, LOURAU, HESS, LOBROT, GUATTARI Y OTROS. **El análisis institucional (Por un cambio de las instituciones).** Madrid, Campo Abierto Ed., 1977;
31. LUDKE, Menga e ANDRÉ, Marli E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo, EPU, 1986;
32. MACHADO, R., LOUREIRO, A., LUZ, R. & MURICY, K. **Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro, Graal, 1978;
33. MAISONNEUVE, Jean. **La dinámica de los grupos.** Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 1980;
34. MELO, Augusto Luis Nobre de. **Psiquiatria.** 2.ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira/FENAME, 1979. 2 v.

35. PEREIRA, Vicente P.S. Previdência Social global. ed.1990 Belo Horizonte, MEC-27.536;
36. PERESTRELLO, Danilo. A Medicina da pessoa. 3a.ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1982;
37. SEARLE, John. Mente, cérebro e ciência. Lisboa, Edições 70, 1984;
38. SELLIZ, WRIGHTSMAN & COOK. Métodos de pesquisa nas relações sociais. Org. KIDDER, Louise H. 4a.ed., São Paulo, EPU, 1987, v.2. Medidas na pesquisa social;
39. SIMPÓSIO CTCH. Ciências humanas em questão. Rio de Janeiro, PUC/RJ, 1988;
40. STEPAN, Nancy. Gênese e evolução da ciência brasileira. Rio de Janeiro, Artenova, 1976;
41. VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. Filosofia da praxis. 3a.ed. Trad. Luiz Fernando Cardoso. Rio de Janeiro, Pax e Terra, 1986;
42. VERSIANI, Márcio. Guerra dos nervos. Falsas oposições na mesa. In: Jornal do Brasil, Idéias/Ensaios, 13/5/90;
43. WALKER, C. Eugene ed. The handbook of clinical psychology: theory, research and practice. Illinois, Dow Jones - Irwin, 1983. 2 v.
44. WERTHEIMER, Michael. Pequena história da psicologia. 2a.ed., São Paulo, Ed. Nacional, 1976.

ANEXO 1

REGULAMENTAÇÃO DAS DISCIPLINAS, NO BRASIL

	ANO DA REGULAMENTAÇÃO	DURAÇÃO DO CURSO	CURRÍCULO MÍNIMO
I. NÍVEL SUPERIOR			
i.1. Biológicas			
Enfermagem	1987	4 anos	pré-profissional profissional comum habilitação
Fisioterapia	1969	4 anos	formação básica formação geral pré-profissionalizante formação profissional
Fonoaudiologia	1981	4 anos	formação básica formação profissional
Medicina	1957	5 anos 6 anos	formação básica formação profissional
Musicoterapia	não há	4 anos	área científica área sensibilização
Nutrição	1967	4 anos	formação básica formação profissional
Terapia Ocupacional	1969	4 anos	formação básica formação geral pré-professionalizante formação profissional
i.2. Humanas			
Psicologia	1962	4 anos 5 anos	bacharel/licenciatura psicólogo
Serviço Social	1957	3 anos	formação básica formação profissional

Fonte: *Guia do Estudante; Cursos e profissões. São Paulo, Abril, 1989.*

ANEXO 2

Rio de Janeiro, 12 de julho de 1989

Prezado colaborador(a),

Estou realizando uma pesquisa de campo sobre o trabalho em equipe de resabilitação, como este se desenvolve, quais são as dificuldades e as facilidades encontradas para sua implantação. Tal pesquisa, além de aumentar o meu conhecimento sobre o assunto, servirá como fundamentação prática para a minha dissertação de mestrado em Psicologia Clínica da PUC/RJ.

Mesmo sabendo como é desagradável ter que preencher formulários, conto com a colaboração de vocês para dar prosseguimento à minha pesquisa.

Pego que todas as questões sejam respondidas, uma vez que cada uma tem função esclarecedora dentro do esquema no qual o formulário foi elaborado. Se você trabalha em mais de uma equipe, como é o caso de algumas chefias, será necessário que preencha um formulário para cada equipe, de modo que eu possa ter uma visão global do funcionamento das diferentes equipes existentes na instituição.

Esclareço que tanto o texto produzido quanto a possível identificação do autor(a) serão tratados com o sigilo e a ética que uma pesquisa deste nível exige.

O fato de ser membro integrante de algumas equipes desta instituição, ao mesmo tempo em que me facilita o acesso me impõe uma maior responsabilidade e seriedade na condução dos seus resultados. Consciente disso, estarei atenta para que uma função, a de pesquisadora, não interfira na outra, a de membro da equipe e vice-versa.

Os formulários serão distribuídos entre as diversas equipes da instituição e peço que sejam devolvidos, no prazo máximo de 15 dias, em envelope fechado (anexo) aos cuidados da Rose/Joana, da Divisão Médica. Informo que a presente pesquisa foi autorizada pela Chefia da Divisão Médica.

Mais uma vez agradeço a colaboração de todos, e tão logo finalize o meu estudo estarei à disposição para lhes dar um retorno sobre o assunto.

LEILA LUDOLF DE ALMEIDA CARVALHO

ANEXO 3

Ei, atualmente, estou trabalhando em equipe e nela atuam profissionais das seguintes áreas:

reunidos com a finalidade de:

onde cada profissional participa da seguinte maneira:

Na minha opinião, o trabalho da equipe se desenvolve da seguinte forma:

Ressalto como fatores facilitadores do desenvolvimento do nosso trabalho:

mas, por outro lado, posso citar também alguns fatores que dificultam o seu desenvolvimento:

Penso que para realizarmos um trabalho ideal em equipe de reabilitação seria necessário:

este trabalho se desenvolveria da seguinte forma:

Eu trabalho nesta instituição há _____ e ela tem as seguintes características (localização, objetivos, tipo de clientela, tipo de atendimento, etc.):

Função: _____ Cargo: _____

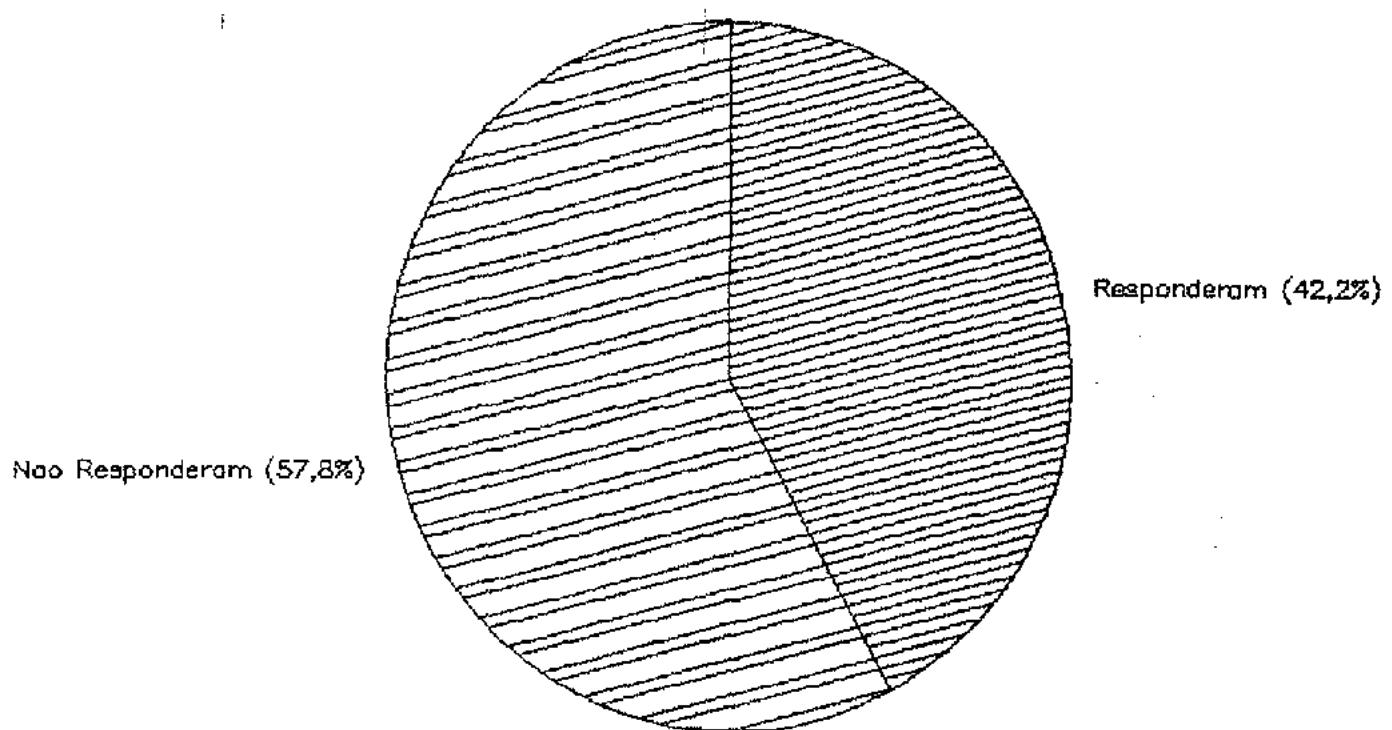
Profissão: _____ Especialidade: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Data: ____/____/____

obs.: _____

ANEXO 4

Percentual de Participacao na Pesquisa

ANEXO 5

PARTICIPACAO NA PESQUISA, POR CATEGORIA PROFISSIONAL

CATEGORIAS	TOTAL	RESPOSTAS	NÃO RESPONDERAM
Médicos:			
Ortopedista ..	1	1	-
Fisiatra	4	2	2
Neurologista ..	3*	-	-
Fisiatria res..	5	1	4
Fisioterapeuta ..	5	4	1
T.Ocupacional ..	5	4	4
Fonoaudiólogo ..	3	2	1
Psicólogo	6	-	6
Assist.Social ..	6	2	4
Musicoterapeuta ..	2	1	1
Enfermeiro	4	4	-
Pedagogo	1	-	1
Técnico prótese ..	1	1	-
Nutricionista ..	2	-	2
Total Geral	48		
Formulários distribuídos	45	19	26
Percentagem....	100%	42,23%	57,77%

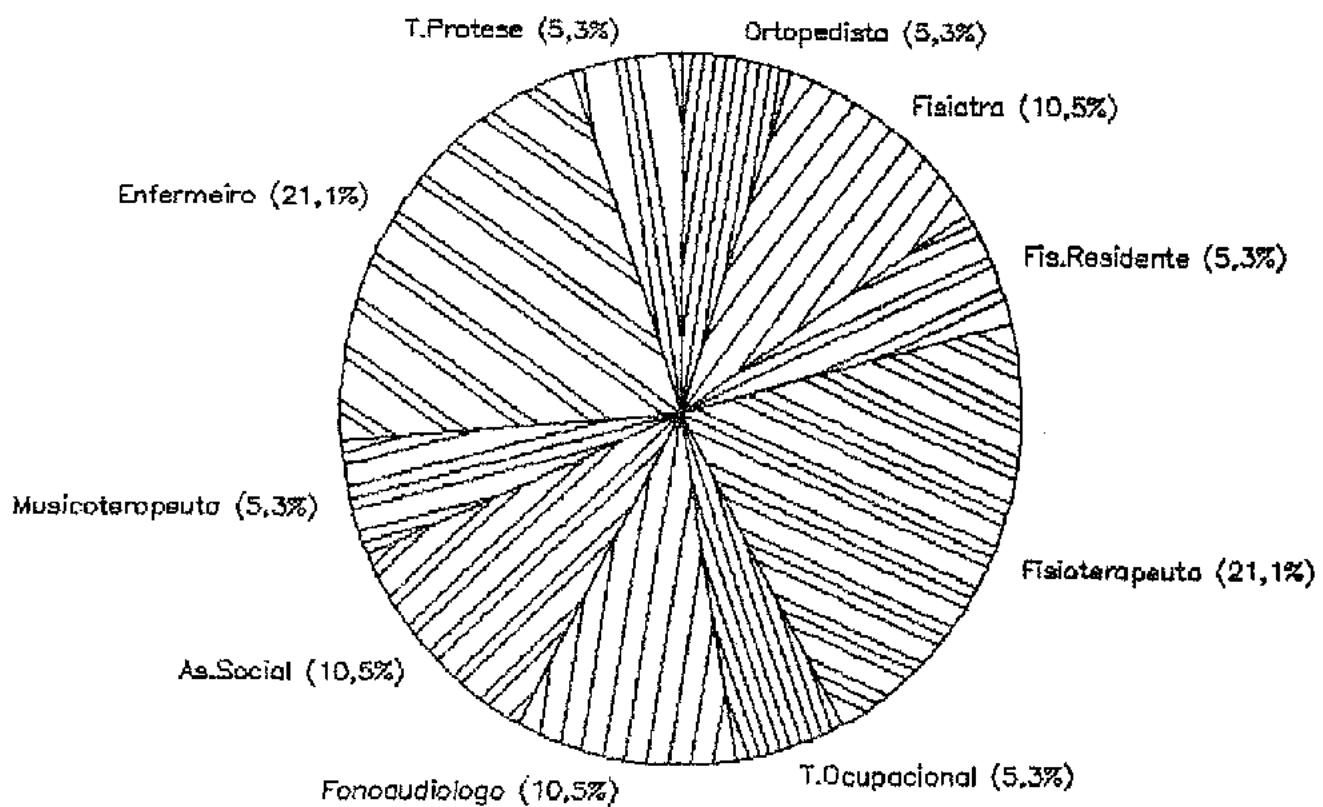
* a pesquisadora participa de equipes como coordenadora e neurologista, porém não respondeu o formulário, daí a diferença de 3 formulários em relação ao Total Geral.

Obs.: alguns profissionais participam de várias equipes e foram solicitados a responder um formulário para cada equipe.

ANEXO 6

Percentual de Participacao na Pesquisa

Por Categoría Profissional



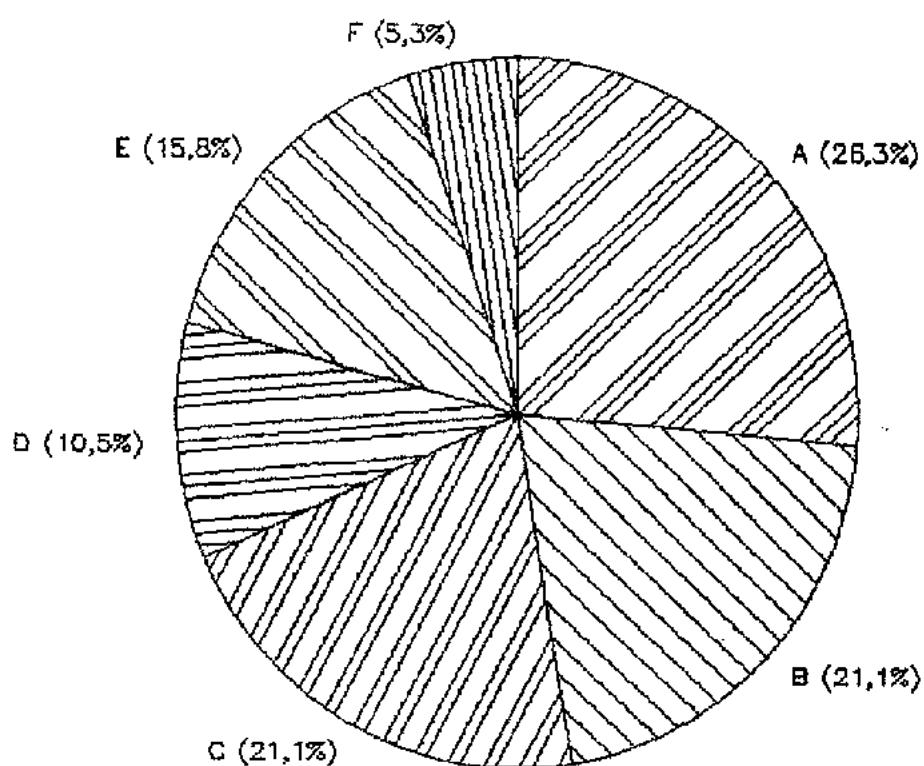
ANEXO 7

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA, POR EQUIPE

EQUIPES	Nº MEMBROS	Nº RESPOSTAS
A	8	5
B	11	4
C	8	4
D	8	2
E	9	3
F	4	1
TOTAL GERAL	48	19

ANEXO 8

*Percentual de Participacao na Pesquisa
Por Equipe*



ANEXO 9

LEVANTAMENTO DOS FATORES QUE FACILITAM O TRABALHO EM EQUIPE

Transcrição das respostas obtidas na questão "RESSALTO COMO FATORES FACILITADORES DO DESENVOLVIMENTO DE NOSSO TRABALHO:....."

A numeração das respostas obedece: letra = corresponde a equipe que participa; número = a ordem em que o profissional está na lista de assinaturas da ata de reunião. Dessa forma a numeração não é contínua, uma vez que houve grande número de abstenções nas respostas.

- A1 - "a consciência profissional de cada um;
- o respeito recíproco;
- a amizade entre os elementos."
- A2 - "as reuniões de equipe realizadas semanalmente."
- A3 - "primordialmente a atuação do Chefe da Equipe e, como consequência
- a dedicação,
- seriedade e
- crescimento profissional de cada elemento visando sempre o objetivo final que é o paciente, dentro da realidade do País e da Instituição."
- A7 - "a discussão periódica dos casos através de reuniões de equipe e rondas."
- A8 - "Equipe médica e fisioterapeuta bastante integrada, bem como
- homogênea.
- Bastante espaço.
- condições bem desenvolvidas no ginásio, quadra, piscina, etc."
- B1 - "O bom relacionamento existente entre os profissionais da equipe aliado ao
- respeito mútuo levando-se em conta
- a seriedade e
- ética na abordagem de temas técnicos dos pacientes."
- B4 - "O desinteresse sobre os casos, e
- não discutir facilita para que o trabalho seja rápido, vazio e sem propósito." * fatores FACILITADORES ???
- B6 - "Postura do chefe da unidade de saber conduzir a R.E.
- Cada um tem sua vez para falar.
- respeito mútuo
- humildade
- Os casos são vistos sem pressa
- o tempo da R.E. é suficiente."
- B9 - "O bom relacionamento entre os membros que compõem essa equipe,
- da discussão periódica dos casos."

- C1 - "Tempo para reuniões
- termos em nossa equipe profissionais que permitem diálogo."
- C4 - "Maior participação e
dinâmica.
- Ter um dia para estudos e discussões internas.
- Melhor entrosamento das equipes inter e multi-profissionais.
- Encaminhamento dos prontuários à secretaria para as medidas necessárias."
- C5 - "A união dos profissionais que atuam na equipe a qual faço parte.
- A troca de conhecimentos destes profissionais.
- A equipe multiprofissional."
- C8 - (em branco).
- D9 - "Cada representante fazer o relato global do desenvolvimento do caso em sua área, com
- sugestões e esclarecimento a serem debatidos.
- Ter uma pessoa para fazer a cobrança das prescrições,
- dando na reunião seguinte os resultados e esclarecimentos do que não foi possível conseguir e os porques.
- Pesquisas a serem apresentadas ou sugeridas, os resultados e esclarecimentos sobre novas técnicas."
- D7 - "O bom entrosamento da equipe,
- as rondas e
- reuniões de equipe."
- E5 - "A equipe multidisciplinar que a instituição apresenta."
- E7 - "A reunião de equipe multidisciplinar."
- E8 - "Procurar estar nas reuniões quando tiver pacientes do meu setor.
- Estabelecimento de boa relação entre paciente-terapeuta, família e equipe."
- F4 - "A integração da equipe. Vejo as pessoas que trabalham sempre dispostas a dar a outros profissionais seu parecer com relação aos casos o que facilita nossa atuação."

ANEXO 10

LEVANTAMENTO DOS FATORES QUE DIFICULTAM O TRABALHO EM EQUIPE

Transcrição das respostas obtidas na questão "MAS, POR OUTRO LADO, POSSO CITAR TAMBÉM ALGUNS FATORES QUE DIFICULTAM SEU DESENVOLVIMENTO:

A numeração das respostas obedece: letra - corresponde a equipe que participa; número - a ordem em que o profissional está na lista de assinaturas da ata de reunião. Dessa forma a numeração não é contínua, uma vez que houve grande número de abstenções nas respostas.

- A1 - "As limitações da especialidade em termos de técnica e materiais no nosso país."
 - A falta de acesso dos pacientes em geral às técnicas mais modernas e sofisticadas."
- A2 - "O choque de objetivos, ou melhor, o meio de alcançá-los, a que às vezes os profissionais encontram."
- A3 - "A dificuldade de intercâmbio com outros Centros de Reabilitação;
 - a demora na confecção das próteses visto a Of. Ortopédica só ter um técnico para tal, o que acarreta maior permanência do paciente na Instituição;
 - problemas sociais e dos convênios que retardam o início do tratamento, a frequência e/ou a aquisição da prótese;
 - o não comparecimento às RE dos demais terapeutas que atendem o paciente."
- A7 - "A falta de recursos humanos e materiais, e também aparelhagem o que gera insatisfações aos funcionários."
- A8 - "Nem sempre o técnico ao tirar o molde ou medidas está ciente dos problemas que existem no paciente no sentido clínico"
- B1 - "Ausência de relatórios em prontuários apesar da agenda mensal ser encaminhada aos setores competentes.
 - Desconhecimento por parte dos pacientes da data da sua reavaliação em RE, atribuição esta do terapeuta assistente.
 - Pouco tempo disponível para troca de idéias.
 - Dificuldade técnica relacionada à oficina ortopédica."
- B4 - "Não conhecimento do caso por parte dos integrantes da equipe.
 - Não acompanhamento em estudo de caso.
 - Leitura de relatórios com linguagem técnica que não abrange todos.
 - decisão centralizada.
 - Não há discussão sobre procedimentos técnicos dos terapeutas.
 - Relatórios elaborados por terceiros.
 - Pouco respeito pela posição da Fisioterapia.

- B6 - "Falta de conhecimentos básicos das outras áreas; e
 - às vezes não ver o paciente como um "todo" e sim partido."
- B9 - A falta de recursos humanos e materiais e também de
 - aparelhagem suficientes o que gera
 - frustrações aos funcionários."
- C1 - "acesso aos setores (pp. por parte dos residentes)
 - burocracia institucional."
- C4 - "Falta de conhecimento das resoluções da Diretoria, Administração e regimento.
 - Falta de vagas nos setores, rotatividade nas equipes inter-práticas.
 - Impossibilidade de comparecimento às reuniões, dos terapeutas que tratam do paciente.
 - Falta de horários para fazer relatórios.
- C5 - "as inúmeras falhas administrativas
 - falta de apoio da administração
 - a infra-estrutura da casa
 - horários disponível para pesquisas e aprimoramento
 - falta de eventos científicos.
- C8 - "nesta equipe especificamente sinto que estou um pouco de lado e não me sinto verdadeiramente integrante dela. Pois
 - as reuniões de equipe não são agendadas com antecipação e
 - no dia o meu departamento não é comunicado.
 - às vezes tomo conhecimento através dos próprios pacientes."
- D3 - "falta de infra-estrutura para cumprir um objetivo de tratamento, podendo citar:
 - falta de vagas nos setores,
 - demora da oficina ortopédica,
 - intercorrências clínicas,
 - falta de suporte psicológico aos pacientes e equipe,
 - diagnóstico não conclusivos,
 - laudos solicitados que demoram a chegar, exames solicitados e
 - demora na remoção do paciente,
 - prontuários que nem sempre são encontrados.
 - Falta de comunicação fora das reuniões tanto dos problemas técnicos quanto administrativos."
- D7 - "O déficit de recursos humanos, materiais, e de aparelhos.
 - Esta deficiência de recursos acarreta em
 - insatisfação geral de todos os funcionários o que vai levar a um
 - atendimento menos eficiente ao cliente.
 - A área de reabilitação não é uma área muito divulgada e pelo fato de
 - não haver cursos específicos p/ enfermagem isto no meu setor é problemático."
- E5 - "Pouco tempo de duração da RE

- falta de integração dos profissionais
- falta de visão do paciente como um todo"

E7 - "aspectos administrativos etc."

E8 - "exatamente o inverso do acima citado."

F4 - "As dificuldades institucionais já que além
- do tempo das reuniões os profissionais
- não possuem espaço para estar em outros setores para conhecer
conhecer o trabalho destes ou
- até conversar sobre determinados casos."

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ, fazendo parte da Banca Examinadora os seguintes professores:

Prof. Dra. ANA MARIA NICOLACI-DA-COSTA
Profa. Orientadora - PUC/Rio

Prof. Dra. MARIA HELENA NOVAES MIRA
PUC/Rio

Prof. Dra. MARIA EUCHARES MOTTA
PUC/Rio

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 26 / 03 / 1991

Prof. Dra. ANA MARIA NICOLACI-DA-COSTA
Coordenadora dos Programas de Pós-Graduação
do Centro de Teologia e Ciências Humanas