

A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensiva*

THE INTEGRALITY OF CARE AND COMMUNICATIVE ACTIONS IN THE CROSS-DISCIPLINE PRACTICE IN INTENSIVE CARE

LA INTEGRALIDAD DEL CUIDADO Y ACCIÓN COMUNICATIVA EN LA PRÁCTICA INTERPROFESIONAL DE LA TERAPIA INTENSIVA

Sueli Moreira Pirolo¹, Clarice Aparecida Ferraz², Romeu Gomes³

RESUMO

A atuação interprofissional em saúde tem se constituído de um elemento importante para a produção das ações de saúde na perspectiva de cuidado integral. Este estudo analisou a atuação interprofissional na terapia intensiva segundo Habermas. Insere-se na abordagem qualitativa, elegendo o estudo de caso como modalidade de investigação. A captação do material empírico consistiu-se de observação do cenário e entrevistas semiestruturadas junto aos trabalhadores de saúde. Para análise das informações utilizou-se a técnica de interpretação de sentidos. A análise nos permitiu identificar dois eixos temáticos: o cuidado individual instrumental frente às instabilidades clínicas e o cuidado coletivo fragmentado por funções. Tal resultado fragiliza a interação entre trabalhador/trabalhador e trabalhador/paciente e compromete a articulação das ações de saúde. Por não favorecer espaços de encontros à ação comunicativa, esta fica frágil e a ação estratégica/instrumental se evidencia.

DESCRITORES

Relações interprofissionais
Assistência ao paciente
Prática profissional
Unidades Terapia Intensiva

ABSTRACT

Cross-disciplinary work in health is an important element to deliver comprehensive health care actions. The present study analyzed cross-disciplinary actions in intensive care according to Habermas. This case study was performed using a qualitative approach. The empiric material capture was collected by observing the setting and using semi-structured interviews with health workers. The information was analyzed using the meaning interpretation technique. The analysis revealed two thematic lines: individual instrumental care in view of the clinical inconstancy, and the collective care fragmented by functions. This result weakens the worker/worker and the worker/patient interactions and compromises the association between health actions. As it does not favor communicative actions, it becomes fragile and the strategic/instrumental action is evinced.

DESCRIPTORS

Interprofessional relations
Patient care
Professional practice
Intensive Care Units

RESUMEN

La actuación interprofesional en salud se ha constituido en un elemento importante para producción de acciones de salud en la perspectiva del cuidado integral. Este estudio analizó la actuación interprofesional en terapia intensiva según Habermas. Toma el abordaje cualitativo, eligiéndose el estudio de caso como modalidad investigativa. La captación del material empírico consistió en observación del escenario y entrevistas semiestruturadas con los trabajadores de salud. Para análisis de la información se utilizó técnica interpretativa de los sentidos. El análisis permitió identificar dos ejes temáticos: cuidado individual instrumental frente a inestabilidades clínicas y cuidado colectivo fragmentado por funciones. Tal resultado fragiliza la interacción entre trabajador/trabajador y trabajador/paciente, y compromete la articulación de acciones de salud. Por no favorecer espacios de encuentros, la acción comunicativa queda fragilizada y la acción estratégica/instrumental se pone en evidencia.

DESCRIPTORES

Relaciones interprofesionales
Atención al paciente
Práctica profesional
Unidades de Terapia Intensiva

* Extraído da tese "Atuação interprofissional na terapia intensiva: a integralidade do cuidado e o agir comunicativo de Habermas", Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008. ¹ Enfermeira. Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo. Professora da Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP, Brasil. pirolo@famema.br ² Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. erraz@eerp.usp.br ³ Professor Titular do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. romeu@iff.fiocruz.br

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) redefine o hospital como espaço destinado aos doentes em condições clínicas mais severas, que necessitam de cuidados contínuos, de recursos tecnológicos de maior complexidade e de profissionais com especializações apropriadas. Esse novo papel deve levar em conta o perfil assistencial e adotar a integralidade como princípio norteador de qualidade e humanização do cuidado⁽¹⁾.

Todavia, as ações de saúde no hospital acontecem mediante a decomposição em inúmeros atos diagnósticos e terapêuticos, executados por diferentes trabalhadores⁽²⁾. Essas diferentes categorias profissionais entraram no hospital, de forma não-negociada, e cada uma delas passou a responder por uma determinada prática, sem compreender adequadamente a interface entre elas e o sentido de complementaridade e interdependência inerente que esse fazer apresenta por ter o homem como sujeito do cuidado⁽³⁾.

Introduzir no sistema de saúde novas racionalidades, como o princípio da integralidade, pressupõe que o profissional de saúde mude sua prática ao desenvolver um olhar novo para o doente, para o colega de trabalho e para si mesmo, com vistas a ir além da realização de atos formais. Também, pressupõe instituir espaços de encontros e de trocas que fortaleçam a articulação da ação e integração entre os profissionais.

Uma vez que a busca da integralidade do cuidado perpassa pela revisão da dimensão do cuidado, na qual os profissionais de saúde incluem-se como responsáveis pelos resultados das ações de atenção à saúde, ampliam sua capacidade de acolher, de estabelecer vínculos, de dialogar com outras dimensões do processo saúde-doença não inscritos no âmbito da epidemiologia e da clínica tradicional. Os profissionais, também, necessitam perceber-se e perceber o doente como sujeito, entendendo sujeito como ser real, que produz sua história e é responsável pelo seu devir, pelo seu vir-a-ser⁽⁴⁾.

Por sua vez, a integralidade do cuidado na intervenção hospitalar pode acontecer mediante a combinação de tecnologias duras, leve-duras e leves, ao buscar a adesão equilibrada entre a racionalidade instrumental e comunicativa e entendê-las como determinantes nas ações de saúde⁽⁵⁾.

O desafio está em potencializar a articulação das ações dos diferentes profissionais, com diferentes saberes e práticas, para concretizar essa integralidade da atenção em saúde. Nessa ótica, um dos principais desafios diz respeito a quando e como as equipes de saúde passam a operar como coletivos, formando uma relação trabalhador-trabalhador e trabalhador-paciente numa interação interprofissional⁽⁶⁾.

Também, constitui grande desafio introduzir a integralidade do cuidado no ambiente dinâmico da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a qual requer pluralidade de saberes para lidar com a diversidade da atenção à saúde uma vez que, nesse ambiente de trabalho, vivenciam-se constantes expectativas de situações de emergência, de atenção de alta complexidade tecnológica e de concentração de pacientes graves, sujeitos à mudança súbita no seu estado clínico geral. Essas condições são identificadas como estressantes e geradoras de atmosfera emocionalmente comprometida, tanto para os profissionais como para os pacientes e seus familiares⁽⁷⁾.

Nessa ótica, como os profissionais da UTI devem se estruturar de modo a garantir condições para o fluxo de trocas e inter-relações profissionais com vistas ao cuidado integral? Como articular as diferentes iniciativas dos profissionais tendo o paciente como centro do processo de trabalho em saúde? Essas questões pontuam a tensão e o elo que nos interessam: a interface e os desdobramentos possíveis da atuação interprofissional na perspectiva da integralidade do cuidado na UTI.

Frente aos aspectos apontados, esta investigação estabelece como objetivo a análise da atuação interprofissional na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde no contexto da UTI. Para tanto, foi utilizado o agir comunicativo como aporte para iluminar a reflexão acerca da dimensão da articulação/interação dos profissionais de saúde.

...constitui grande desafio introduzir a integralidade do cuidado no ambiente dinâmico da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a qual requer pluralidade de saberes para lidar com a diversidade da atenção à saúde...

REFERENCIAL TEÓRICO

O agir comunicativo se relaciona com o agir humano, no qual está embutido o conceito de trabalho e da interação social. O trabalho, pela sua essência de dominar a natureza e pô-la a serviço do homem, possui uma racionalidade do mesmo tipo da racionalidade da ciência e da técnica, por envolver o saber e o agir técnico-estratégico. Trabalho, ou ação racional teleológica, pode ser ação instrumental, ação orientada por regras técnicas que se apóiam no saber empírico e realiza fins definidos sob condições dadas; ação estratégica, fundada por regras racionais que se baseiam no saber analítico por depender de uma valoração correta e ação comunicativa, compreendida como a ação que busca o entendimento⁽⁸⁾.

Já o conceito de interação social, concebido no agir comunicativo, se traduz pela conversa das pessoas sobre algo do mundo, na qual levantam, com seus atos de fala, pretensões de validade. Assim, a fala norteia a interação⁽⁸⁾. Nessa ótica, a prática social desencadeia a ação comunicativa, uma interação simbolicamente mediada, orientada por *normas de vigência obrigatória que definem as expectativas recíprocas de comportamentos e que têm de ser entendidas e reconhecidas, pelo menos, por dois sujeitos agentes*⁽⁸⁾.

As comunicações que os sujeitos estabelecem entre si dizem respeito a três mundos: o mundo social das normas e instituições, o mundo objetivo das coisas e o mundo subjetivo das vivências e dos sentimentos. No agir comunicativo, ocorre uma ação intermediada pela comunicação entre os sujeitos que procuram se entender acerca do mundo objetivo, social e subjetivo. Nessa ação, as pessoas interagem por meio da utilização da linguagem e organizam-se socialmente buscando o consenso de uma forma livre de toda a coação externa e interna, cujos pressupostos são a verdade, a argumentação, o consenso, as relações intersubjetivas e o discurso⁽⁹⁾.

Assim, esse processo de comunicação, com vistas ao entendimento mútuo, norteia a interação. A argumentação, em forma de discurso, permite o acordo quanto à validade das proposições ou à legitimidade das normas e permite a participação de atores de forma livre e em situação de simetria, por entender a verdade como um processo consensual: *verdad es una pretension de validez que vinculamos a los enunciados al afirmarlos*⁽⁸⁾.

Nessa ótica, a ação comunicativa ocorre ao falar-se de maneira compreensível (correção normativa), verdadeira (verdade proposicional), sincera e legítima (autenticidade expressiva). Os falantes estão sempre estabelecendo reciprocamente pretensões de validade acerca do que é dito⁽⁸⁾.

Percebe-se a linguagem não estritamente como uma dimensão gramatical, mas é compreendida fundamentalmente como um meio de alcançar o entendimento recíproco acerca de algo, por seguir regras pragmáticas. As regras não só possibilitam a ação e a expressão do indivíduo, mas também permitem sua interpretação frente às nossas crenças, valores e interesses, tanto na forma de agir como na nossa capacidade de interpretar o significado dos atos das outras pessoas e a maneira que essas se relacionam conosco. Assim, a análise crítica da fala possibilita compreender por que e para quê o enunciado se expressa, de forma a explicar suas causas e consequências⁽⁹⁾.

MÉTODO

O presente estudo insere-se na abordagem qualitativa de pesquisa; a escolha decorre da possibilidade de apreender a realidade e compreender os fenômenos e processos sociais, sendo adequada para estudos das práticas de saúde e das relações existentes entre os homens no exercício dessas práticas.

O estudo de caso foi utilizado como modalidade de investigação, por permitir compreender detalhadamente uma organização, um grupo (Quem são? O que fazem? Como se relacionam entre si e com o contexto?) e desenvolver *declarações teóricas mais gerais sobre regularidades do processo e da estrutura social*. Este desenho de pesquisa possibilita construir o conhecimento a partir da singularidade do caso⁽¹⁰⁾.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, número de protocolo 395/07, da instituição onde o estudo foi realizado e o anonimato foi garantido com nomes fictícios.

A apreensão do material empírico ocorreu na UTI de um hospital de ensino do interior paulista, por meio da observação do campo empírico, seguida de entrevista semiestruturada. Medidas para minimizar a entrada do observador no campo empírico foram realizadas, tais como participar da visita clínica diariamente um mês antes da coleta dos dados e registrar as observações na UTI⁽¹¹⁾. Um roteiro-guia foi usado para registrar as observações de campo, o qual foi elaborado e testado previamente. Essa técnica permitiu acompanhar a atuação profissional e descrever o contexto da UTI nos momentos da admissão, da visita clínica e da saída da unidade, com vista a acompanhar até três casos clínicos simultaneamente.

A entrevista semiestruturada permitiu apreender o que está além das aparências e da superfície da comunicação. Para tanto, foi elaborado e testado previamente um roteiro-guia específico contendo aspectos de identificação e da atuação profissional, o qual foi aplicado no local de trabalho e, para garantir o anonimato, os profissionais foram identificados por número seguido da letra e. Entrevistamos 10 profissionais, entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e auxiliares de enfermagem dos diferentes turnos de trabalho. Dos profissionais entrevistados, 7 são do sexo feminino e 3 do sexo masculino, com idade média de 39 anos.

O procedimento de análise do material coletado ocorreu por meio da técnica de interpretação de sentidos⁽¹²⁾. Na trajetória analítico-interpretativa, percorremos os seguintes passos: (a) leitura compreensiva das falas, visando impregnação, visão de conjunto e apreensão das particularidades do material da pesquisa; (b) identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas nas falas; (c) busca de significados socioculturais a partir dos sentidos dos sujeitos da pesquisa; (d) diálogo entre as ideias problematizadas e o referencial teórico do estudo, buscando encontrar eixos temáticos que pudessem representar a lógica dos sujeitos entrevistados e (e) elaboração de síntese interpretativa, a partir de eixos temáticos, procurando articular objetivo do estudo, base teórica adotada e dados empíricos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Interpretação relativa à atuação interprofissional na terapia intensiva

Nesse estudo, buscamos entender o significado das falas entre os diversos profissionais de saúde que trabalham na terapia intensiva, no espaço da interação profissional e na relação com os doentes internados na unidade e seus familiares, para interpretar a atuação interprofissional na perspectiva da integralidade do cuidado e do agir comuni-

cativo com a intenção de qualificar a prática do cuidado em saúde. A análise nos permitiu identificar dois eixos temáticos: o cuidado individual instrumental frente às instabilidades clínicas e o cuidado coletivo fragmentado por funções.

A análise crítica seguiu a compreensão da produção das práticas de saúde denominada núcleo específico e núcleo cuidador⁽¹³⁾. Nessa ótica, caracterizamos de *plano individual* os aspectos referentes ao núcleo específico definido pelo problema concreto do indivíduo doente e pelo recorte que cada profissional da saúde faz para intervir e de *plano coletivo* os processos relacionais do campo das tecnologias leves, que pertencem a todo profissional em suas relações de trabalho, o núcleo cuidador. Essa nomenclatura orientou a discussão dos eixos temáticos.

O cuidado individual instrumental frente às instabilidades clínicas

O confronto das falas dos profissionais e das observações de campo revela o sentido biomédico e fragmentado do cuidado uma vez que o cuidado pauta-se no modelo biomédico, ao valorizar o diagnóstico e a terapêutica e ao produzir ações de saúde de forma fragmentada. Esse sentido, também, reflete no processo de ensinar e aprender no cenário da atenção crítica à vida, na compreensão de saúde como ausência de doença, nos critérios utilizados para admitir o doente, na ausência de ações afetivas e de abordagem das necessidades coletivas de saúde, como se observam nos depoimentos:

Raio-X de tórax, com a paciente deitada, fica difícil de avaliar congestão pulmonar? A pressão arterial elevada na internação pode ser por estresse e angústia, mas, ao sedar, a pressão arterial diminui (Diário de campo). O cuidado é tudo: é o físico, a higiene, a medicação; é um trabalho muito amplo. Quando o paciente chega, a primeira coisa a ser feita é o monitoramento, verificando os sinais vitais (5e).

A Sra. Janaína está fazendo aniversário hoje. Precisamos cantar parabéns para ela. Ninguém apoiou a ideia. Os demais continuaram conversando sobre os parâmetros clínicos (Diário de campo).

Extrapolar alegria no momento em que o paciente está crítico, no horário de visita. Até que ponto a alegria no ambiente é boa ou é ruim? As pessoas que adentram na UTI, os familiares, com que olhos vão ver o cenário? Por outro lado, esse relaxamento é muito importante emocionalmente, porque ficar continuamente dentro do serviço não é fácil (1e).

Visita programada, onde um interno apresenta o caso e elabora uma hipótese, diagnostica a situação; o residente diz a sua opinião em relação ao caso, acrescenta com as experiências e o treino que teve (10e).

Nesse contexto, a atuação profissional relativa ao plano individual envolve ações de cuidado em situações de instabilidade do estado clínico no cenário de atenção crítica

à vida. Essas ações, vistas por meio de um olhar centrado no modelo assistencial curativista, são reconhecidas como forma de atender o doente, pois a alteração clínica é compreendida por intermédio de sinais e sintomas passíveis de cuidados rotineiros. Tal ênfase evidencia necessidade de reflexão dos profissionais acerca desse fazer na busca efetiva de práticas de integralidade⁽¹⁴⁾.

Por outro lado, essa forma de conceber a prática profissional está incluída em um contexto social mais amplo, pois, frente à instabilidade clínica, a sociedade espera um atendimento qualificado na dimensão biológica. Sabemos, também, que há um interesse muito grande da indústria em produzir equipamentos, medicamentos e alta tecnologia para atender ao doente em situações críticas de saúde. A família também espera uma atuação profissional precisa e suporte terapêutico adequado para que seu ente querido assuma novamente seu papel social e em boas condições de saúde.

Essa prática reflete o modo como os profissionais lidam com o objeto de trabalho em saúde: as ações de cuidado são centradas em diversos segmentos, menos na pessoa doente. Tais observações reproduzem noções difundidas ao longo da história a respeito do pensamento em saúde construído a partir da compreensão que o homem tem dos fenômenos da natureza.

Embora no âmbito dos serviços de saúde o reconhecimento da terapêutica com enfoque biológico seja notório, essa prática acaba por obscurecer a abrangência das ações de cuidado em atender às necessidades de saúde do sujeito, as quais propõem novos rumos para a prática hospitalar, considerando que ela, para ser eficaz, precisa ir além do diagnóstico e da terapêutica, devendo responder à diversidade dos problemas de saúde, que envolve várias dimensões da vida, desde as configuradas no corpo até as de ordem social e subjetiva⁽¹⁵⁾.

Não identificamos nos depoimentos ações de cuidado para atender à necessidade coletiva de saúde. A convivência com o sofrimento, tanto para os familiares quanto para os trabalhadores, aparece como indicio dessa necessidade, mas de forma pouco elaborada. Por sua vez, a carência de ações para atender às necessidades coletivas de saúde no âmbito hospitalar faz parte de um contexto social mais amplo, ou seja, o hospital surge com a proposta de recuperar o doente, tratar da doença e as unidades de atenção básica respondem pelas questões relativas à promoção de saúde para melhorar a qualidade de vida.

O sentido biomédico e fragmentado da atuação profissional que também se reflete no processo de ensinar e aprender no cenário da atenção crítica à vida, pautando-se no modelo pedagógico tradicional de ensinar, pouco contribui para o movimento reflexivo, o desenvolvimento da autonomia do sujeito e a interação entre os profissionais.

Nesse caso, o trabalho como ação racional teleológica pode ser caracterizado como ação instrumental, ou seja, a

ação é orientada por regras técnicas que se apóiam no saber empírico e age com fins definidos sob condições dadas, o que favorece a interação numa perspectiva multiprofissional.

Na multiprofissionalidade, os profissionais poderão construir um saber comum referente às práticas de inter-relação que expresse a dimensão comunicacional da ação instrumental. Mas, quando a equipe é multiprofissional e os agentes possuem autoridades desiguais, a tensão surge do embate entre a complementaridade, interdependência e a busca de ampliação da autonomia técnica dos profissionais. Todavia, a eficiência dos serviços requer autonomia técnica aliada à articulação de ações⁽¹⁶⁾.

Nessa perspectiva, entendemos que os profissionais de saúde da terapia intensiva pesquisados têm-se voltado para a prática do cuidado inscrita na esfera cognitivo-instrumental, ainda que a prática de cuidado integral requeira incentivos também das esferas de valores prático-moral e prático-estético.

Consideramos importante a conexão entre as três esferas culturais: cognitivo-instrumental, prático-moral e prático-estético, a fim de assegurar a produção do saber e permitir a prática comunicativa no cotidiano do trabalho. Entretanto, um crescimento desordenado da racionalidade econômica, em detrimento de dimensões, como a ética e a estética, conduz à *colonização do mundo da vida* pelo mundo sistêmico. A razão moderna sofre um reducionismo, uma vez que fica restrita à dimensão científica⁽⁸⁾. Nesse contexto, a ação comunicativa fica frágil e a ação estratégica/instrumental se evidencia.

Identificamos a necessidade de investimentos em pesquisa para elucidar a prática profissional hospitalar na perspectiva de produzir ações de saúde para atender às necessidades coletivas de saúde no cenário da atenção crítica à vida, de forma a cuidar tanto do doente/familiar quanto do trabalhador.

O cuidado coletivo fragmentado por funções

No confronto das falas dos profissionais e das observações de campo, o sentido cuidado centrado na tarefa foi atribuído à atuação profissional relativa ao plano coletivo, relacionando-se à organização funcionalista, uma vez que as ações de cuidado se pautam em protocolos, na hierarquização e controle, no descompasso na coordenação das ações, na descontinuidade de ação e nas decisões centradas no profissional. Este sentido se refere à ação de cuidado na lógica das especialidades, no modelo biológico positivista de entender a doença, como ilustrado nas seguintes falas e observações de campo:

Nós conseguimos fazer alguns protocolos de forma conjunta, protocolo que é muito interessante é o de sedação do paciente que está submetido à ventilação mecânica (10e).

A gente tem uma equipe de médicos os residentes, os enfermeiros, os fisioterapeutas, mas ainda não dá para cha-

mar de equipe multiprofissional, porque essa equipe não se reúne, não discute os casos (6e).

A visita é algo muito importante, quando não tem a visita, a gente fica perdida, por falta de direcionamento (4e).

Cuidar é fazer com que as pessoas que trabalham comigo, que estão subordinadas a mim, trabalhem junto, com a equipe (6e).

O médico pergunta se o leito está pronto para transferir um doente grave, a auxiliar de enfermagem se irrita por não saber sobre esta internação, pois o paciente de alta ainda está no leito (Diário de campo).

Com o fato de ficar somente meio período, eu perco muita coisa em relação ao paciente (2e).

No final de semana, uma coisa que a gente planejou, às vezes, se perde, pelo fato de ficar só um enfermeiro nas duas UTIs (4e).

Os depoimentos dos profissionais e as observações de campo, no que se refere à atuação profissional relativa ao plano coletivo de cuidado, revelaram que a organização do trabalho pauta-se no modelo racional fundamentado na Teoria Geral da Administração. Esse modelo volta-se para a produção em massa, os produtos são hegemônicos, privilegia-se o controle do tempo e movimento, o trabalho é parcelado e fragmentado por funções, há separação entre a concepção e a execução do trabalho, que é coletivo é alienado⁽¹⁷⁾.

Nessa lógica, a atuação profissional convive com relações hierárquicas de comando: alguém detém a informação e não a compartilha com os demais, visto que os hospitais, tradicionalmente, utilizam o referencial da administração clássica para organizar suas práticas gerenciais. Esse referencial não considera os sujeitos como capazes de compreender e contribuir para o desenvolvimento da ação. Todavia, tanto na literatura como nessa situação observada, podemos ver que tal posição traz insatisfação e compromete a qualidade do cuidado. Tal conduta fragiliza a interação entre trabalhador-trabalhador e trabalhador-paciente e também compromete a articulação das ações de saúde por não favorecer espaços de encontros.

A organização do cuidado instituída nesse cenário diverge da diretriz da integralidade do cuidado, que consiste numa premissa nacional para superação do cuidado fragmentado, e preconiza o trabalho em equipe como estratégia para organizar o trabalho. Os profissionais devem orientar suas práticas na perspectiva da interprofissionalidade, pela necessidade de articular as ações de saúde e por compreender que o cuidado integral se constrói a partir da complementaridade e interdependência das ações de saúde.

Os sentidos sinalizados acerca da atuação profissional no plano coletivo demonstraram o quanto esse agir está desvinculado das diretrizes do SUS, pois os trabalhadores

são pouco estimulados a compreender o hospital como organização social, que contribui com o sistema de saúde do município.

Ao profissional da saúde cabe atuar com responsabilidade social, comprometendo-se com o outro, com o cuidado do doente, como forma de superação da desresponsabilização advinda de programas normativos que tendem a fazer com que cada trabalhador se sinta responsável apenas pelo fazer da sua área técnica⁽¹⁸⁾.

Tem-se reforçado a necessidade de os profissionais *construírem uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um campo de produção do cuidado* a partir do conceito de campo de competência, pois se abrem espaços para o profissional *usar todo seu potencial criativo e criador* ao elaborar junto o projeto de cuidado⁽¹⁹⁾. Assim, compartilham do pressuposto da presença qualificada dos profissionais no contexto de trabalho como condição favorável para a interação.

Outro aspecto importante consiste em a prática da integralidade do cuidado ter apontado o trabalho em equipe como forma potente para a organização do trabalho em saúde, pressupondo a participação dos integrantes da equipe de saúde nas tomadas de decisão. Tal organização consiste em uma prática que rompe com a forma clássica de organizar os serviços e estabelece novas relações de poder na tomada de decisão. O trabalho em equipe significa mais do que categorias trabalhando no mesmo espaço, ou no mesmo objeto do cuidado, *pressupõe a tessitura de um saber-fazer comum, um fazer com*⁽²⁰⁾.

Por sua vez, instituir o trabalho em equipe como um dispositivo para a integralidade em saúde passa pela necessidade dos profissionais de saúde assumirem uma posição de estranhamento em relação à condição de organização do trabalho vigente, com a intenção de buscar e elaborar argumentos consistentes, apropriados, abrindo uma negociação de modo a produzir um desfecho diferente. Deve-se entender que, no microespaço, o profissional expressa sua autonomia e tem possibilidade de transformar suas práticas.

As fragilidades de interação no mundo do trabalho podem estar relacionadas ao modo capitalista de produzir bens e serviços, devido a duas tendências evolutivas decorrentes do capitalismo avançado - incremento da atividade intervencionista do Estado, que assegura a estabilidade do sistema e a crescente interdependência de investigação técnica, que transformou a ciência em primeira força produtiva⁽²¹⁾.

A política do intervencionismo estatal exige despoliticização da população, ao garantir a estabilidade do posto de trabalho e de rendimentos e, ao garantir a segurança so-

cial, assegura também a lealdade da população e pacifica os conflitos. Essa tendência se orienta no sentido de evitar riscos que possam ameaçar o sistema e visa à resolução de questões técnicas, excluindo as questões práticas. No entanto, a organização institucional da sociedade continua a ser uma questão da práxis ligada à comunicação e não apenas uma questão da técnica de cunho científico.

A segunda tendência caracteriza-se pela cientificação da técnica e pela institucionalização do progresso técnico-científico. Nesse caso, o potencial de forças produtivas assume uma posição que leva o trabalho e a interação a ocuparem um segundo plano na consciência dos homens. Os interesses sociais continuam a determinar a direção, as funções e a velocidade do progresso técnico. Todavia, tais interesses ainda se definem pela manutenção do sistema, visto que se busca o crescimento econômico. Esses interesses também estão ancorados numa estrutura de privilégios e oportunidades imediatas da vida com que se obtém a lealdade das massas por meio de compensações destinadas à satisfação de necessidades privatizadas⁽²¹⁾.

Considera-se que o desenvolvimento tecnológico acentuado está relacionado à imposição do trabalho profissional, à ética da competitividade no rendimento, a valores da coisificação possessiva, a satisfações substitutivas oferecidas em virtude de se manter a luta institucionalizada pela existência, à disciplina do trabalho alienado e à alienação da sensibilidade e da satisfação estética⁽²¹⁾. Diante desse panorama, o mundo do trabalho se materializa, as interações entre os profissionais e as articulações das ações se concretizam e os projetos de cuidado são elaborados. Tais aspectos comprometem a qualidade de vida, a possibilidade de criar autonomia nas pessoas para viverem e, conseqüentemente, a possibilidade da emancipação do homem.

CONCLUSÃO

Concluindo este estudo, salientamos o desafio do trabalho em saúde em buscar o comprometimento dos trabalhadores de saúde na perspectiva de articular as ações de saúde e estabelecer a interação entre os profissionais com vistas ao cuidado integral. Por sua vez, a atuação interprofissional no trabalho em saúde tem se constituído em um elemento importante para produção das ações de saúde frente à complexidade do processo saúde-doença. No entanto, o atual momento contempla, de forma incipiente, a dimensão ético-estética nas práticas de saúde, precursoras da interação entre os profissionais. Diante desse contexto, identificamos a necessidade de investimentos expressivos e contínuos com vistas ao cuidado integral e ao agir comunicativo no cotidiano do trabalho na terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

1. Graboys V, Sandoval P. Caminhos para uma nova política hospitalar. In: Castelar RM, Mordelet P, Graboys V, organizadores. Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro. Rennes (FR): Éditions École Nationale de la Santé; 1995. p. 69-79.
2. Carapinheiro GMGS. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto (PT): Afrontamento; 1993.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ; 2005.
4. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2001; 6(1):63-72.
5. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2003. p. 197-210.
6. Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Santos CM, Rodrigues RA, et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 113-50.
7. Shimizu HE, Ciampone MHT. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva em um hospital escola. Rev Esc Enferm USP. 1999;33(1):95-106.
8. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos. 3ª ed. Madrid: Cátedra; 1997.
9. Habermas J. Consciência moral e agir comunicativo. 2ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2003. (Biblioteca Tempo Universitário, 84).
10. Becker HS. Métodos de pesquisa em ciências sociais. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
11. Deslandes SF. Trabalho de campo: construção de dados quantitativos e qualitativos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 157-84
12. Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 185-221.
13. Merhy EE. Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo [tese doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2000.
14. Duarte ED, Sena RR, Xavier CC. Work process in the Neonatal Intensive Care Unit building a holistic-oriented care. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [cited 2010 Jan 12];43(3):647-54. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/en_a21v43n3.pdf
15. Cecílio LCO. As necessidades de saúde com o conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ ABRASCO; 2001. p.113-26.
16. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciênc Saúde Coletiva. 1994;4(2):221-42.
17. Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 1-13.
18. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo em núcleo de saberes e práticas. Ciênc Saúde Coletiva. 2000;5(2):219-30.
19. Franco TB, Mehry EE. Programa Saúde da Família: contradições e novos desafios. In: Anais do 6º Congresso Paulista de Saúde Pública: Saúde na Cidade, como Garantir a Qualidade de Vida na Cidade?; 1999 out. 17-22; Águas de Lindóia, SP, Brasil. Águas de Lindóia: APSP; 2000. p. 143-54.
20. Bonaldi C, Gomes RS, Louzada APF, Pinheiro R. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2007. p. 53-7.
21. Habermas J. Técnica e ciência como ideologia. Lisboa: Edições 70; 1987.

Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.