

O significado do trabalho em equipe na reabilitação de pessoas com malformação craniofacial congênita*

THE MEANING OF TEAM WORK IN THE REHABILITATION OF PEOPLE WITH CONGENITAL CRANIOFACIAL MALFORMATION

EL SIGNIFICADO DEL TRABAJO EN EQUIPO EN LA REHABILITACIÓN DE LA PERSONA CON MALFORMACIÓN CONGÉNITA CRANIOFACIAL

Wilza Carla Spiri¹, Maria Madalena Januário Leite²

* Esta pesquisa é parte da Tese "Trabalho em equipe: o vivencial da equipe de reabilitação na fissura lábio-palatal" de Doutorado em Enfermagem do Programa de Doutorado da EEUSP.

1 Professora Doutora Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina Botucatu - UNESP. wilza@fmb.unesp.br
2 Professora Doutora Associada do Departamento de Orientação Profissional - EEUSP. Orientadora. marimada@usp.br

RESUMO

Este estudo objetivou compreender o significado do trabalho em equipe dos profissionais de reabilitação em anomalias craniofaciais. Realizou-se análise fenomenológica por contemplar a compreensão e interpretação do sentido considerando o sujeito. Entrevistou-se 12 profissionais de diferentes áreas, norteadas pela questão: O que significa para você trabalhar em equipe na reabilitação de anomalias craniofaciais? Resgatando-se os temas: Capacitação para o trabalho, Dificuldade para trabalhar em equipe, Relação com paciente e família, Condições de trabalho e A inserção do profissional na equipe. A análise visou refletir o fenômeno engendrando convergências e divergências destacando a explicitação das diferenças e aprendizado contínuo.

PALAVRAS-CHAVE

Equipe de assistência ao paciente. Anormalidades craniofaciais. Reabilitação. Educação continuada.

ABSTRACT

This study aimed to understand the meaning of teamwork of rehabilitation professionals in craniofacial anomalies. It was carried out a phenomenological analysis for contemplating the understanding and interpretation of the sense considering the subject. Twelve professionals from different areas were interviewed, guided to the subject: What does work in a team on the rehabilitation of craniofacial anomalies mean to you? These themes were brought up: training for the task, difficulty in working with a team, relationship with patient and family, work conditions and the professional insertion in the team. The analysis sought to reflect the phenomenon engendering convergences and divergences to express the differences and continuous learning.

KEYWORDS

Patient care team. Craniofacial abnormalities. Rehabilitation. Continuing education.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo entender el significado del trabajo en equipo de los profesionales de rehabilitación en anomalías craneofaciales. Ocurrió análisis fenomenológico para contemplar la comprensión e interpretación del sentido que consideraba el tema. Fueron entrevistados 12 profesionales de diversas áreas, orientados por la pregunta: ¿Qué significa para usted trabajar en equipo en la rehabilitación de personas con anomalías craneofaciales. Se rescataron los temas: Entrenando para el trabajo, dificultad para el trabajo en equipo, la relación con el paciente y familia, las condiciones del trabajo y la inserción del profesional en el equipo. El análisis intentó reflejar el fenómeno que engendraba convergencias y divergencias para expresar las diferencias y el aprendizaje continuo.

PALABRAS CLAVE

Grupo de atención al paciente. Anomalías craniofaciales. Rehabilitación. Educación continua.

INTRODUÇÃO

Vivenciando o trabalho em uma Instituição que tem como finalidade precípua, a reabilitação de pessoas com anomalias craniofaciais enfatizando, por sua alta incidência, as fissuras lábio-palatais, pude compreender a complexidade deste trabalho cuja reabilitação realiza-se em etapas que consideram o desenvolvimento e crescimento facial e os aspectos psicossociais envolvidos no processo de integração social demandando assim uma ação de múltiplos profissionais que necessitam de integração para construção do processo de reabilitação que tem um objetivo comum.

Peduzzi⁽¹⁾ enfoca importante e ampla discussão sobre o trabalho em equipe multi-profissional em saúde, apontando que esta é uma forma de compensar a ultraespecialização e recompor, em uma assistência integral, as ações parciais que nem sempre solucionam as necessidades de saúde em seu todo.

Refere em sua pesquisa que a noção de equipe está etimologicamente associada à realização de tarefas, de trabalhos compartilhados entre indivíduos, que de seu conjunto de coletivo extraem o sucesso para realização pretendida⁽¹⁾. Esta noção, quando está deslocada de condições particulares e concretas, pode transformar-se em

símbolo mítico do ideal de prática em saúde ou em solução mágica e apaziguadora dos conflitos entre as diferentes áreas profissionais.

A estas condições concretas estão relacionadas

a divisão do trabalho, a desigualdade no trabalho, dos diferentes graus de autonomia profissional, a diversa legitimidade técnica e social dos vários saberes implicados e a racionalidade presente nas práticas profissionais.

Nesse sentido, mesmo um trabalho pautado no interesse comum da reabilitação, não está isento de conflitos em função dos saberes que cada disciplina possui, a inter-relação dessas disciplinas, a valoração dada no âmbito de nossa sociedade às diferentes disciplinas e ainda à questão implícita e explícita da autonomia e interdependência necessária a este processo de reabilitação.

Afirma que existe o significado *que algumas profissões são superiores a outras e que*

há relações hierárquicas ou relações de subordinação entre os profissionais, fazendo com que essas diferenças técnicas passem a ser desigualdades sociais que são expressas no trabalho da equipe multiprofissional⁽¹⁾.

Reforça-se a isso o modelo de assistência à saúde hegemonicamente pautado no modelo clínico que vê a doença em seu aspecto exclusivo do corpo individual. Portanto, deve-se ter clara a influência advinda desse modelo hegemônico na formação dos profissionais de saúde que declara concepção própria sobre o entendimento do processo saúde-doença, enquanto corpo ou partes deste corpo, a ser recuperada.

A formação de recursos humanos em saúde deve ser repensada em suas bases fundamentais⁽²⁾, considerando que no processo de qualificação desses sujeitos

deve-se descartar a postura ingênua, pautada prioritariamente na ênfase em aspectos técnicos, em detrimento de uma formação mais ampla, que subsidie a mudança do modelo assistencial individualista, hospitalocêntrico que tem como eixo o atendimento à doença e não o indivíduo/grupo/comunidade, entendido enquanto atores e agentes que podem e devem influenciar nesses processos de recuperação de direitos, de modo ativo, compreendendo e atuando sobre as causas.

Isto posto, apreende-se que a equipe de reabilitação instituída na instituição não seja imune a esta formação mais ampla e historicamente construída, dificultando um agir interdisciplinar.

OBJETIVO

Compreender o significado do vivencial dos profissionais de reabilitação em anomalias craniofaciais em sua experiência de trabalhar em equipe.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Como vertente metodológica, recorri à fenomenologia para revelar o fenômeno, ou seja, buscar a essência, a significação da realidade vivenciada pelos sujeitos do estudo, visando a sua compreensão. Optei por entender os depoimentos dos sujeitos na perspectiva de Merleau-Ponty que foi o mais autêntico discípulo da filosofia husserliana⁽³⁾.

O significado do trabalho em equipe na reabilitação de pessoas com malformação craniofacial congênita

O caminho utilizado nessa investigação, percorreu três momentos: a descrição, a redução e a compreensão.

A *descrição*, nessa visão⁽⁴⁾, possui três elementos: a percepção, a consciência e o sujeito. Neste momento busquei os depoimentos visando a percepção dos sujeitos do estudo sobre a significação produzida pela consciência para conhecer o trabalho em equipe na reabilitação de anomalia craniofacial.

A *redução* fenomenológica visa determinar e selecionar quais as partes da descrição que são consideradas essenciais e aquelas que não o são. Para que isso ocorra, é necessário que coloquemos em suspenso primeiro este mundo, depois o julgamento que temos dele, do nosso “eu” e aos atos deste “eu” julgador⁽³⁾. A partir dos depoimentos coletados e transcritos realizei a redução, refletindo sobre as falas visando extrair delas sua essência.

O terceiro momento, que se refere à compreensão fenomenológica, envolve uma tentativa de especificar o “significado” que é essencial na descrição e na redução, como uma forma de investigação da experiência. Com a essência e a fala dos sujeitos organizei e interpretei os temas revelados, realizando uma síntese das unidades significativas encontradas e suas convergências, divergências e idiosincrasias.

Região de Inquérito

A região de inquérito do presente estudo foi constituída pela situação vivenciada pela equipe de reabilitação em anomalias craniofaciais do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP-Bauru.

O número de sujeitos da pesquisa foi definido no decorrer do estudo, após obtenção dos depoimentos considerados suficientes para desvelar a essência do fenômeno pesquisado.

Os depoimentos foram obtidos de profissionais pertencentes a áreas de atuação diversas, que constróem o processo de reabilitação, perfazendo um total de doze entrevistados.

Constituição dos Dados

O presente estudo foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição e, após aprovação, solicitei para que os sujeitos explicitassem sua percepção do significa-

do do trabalho em equipe. Fiz a opção por coletar os depoimentos utilizando a entrevista individual.

Realizei as entrevistas informando devidamente o propósito do estudo, considerando o interesse dos sujeitos em participar após estarem informados da dinâmica da entrevista, garantia do anonimato e a possibilidade de que em qualquer momento pudessem recusar a participação.

Em oito entrevistas utilizei o gravador sem objeção dos sujeitos e, em quatro, os sujeitos optaram por escrever sua percepção do trabalho em equipe.

Adotei para este resgate a seguinte questão norteadora: - O que significa para você trabalhar em equipe na reabilitação de anomalias craniofaciais? A partir da explicitação dos sujeitos pretendi desvelar o fenômeno buscando sua compreensão.

Momentos da Análise

Para proceder a análise dos depoimentos colhidos, realizei a transcrição e as leituras das descrições buscando o significado da essência das unidades de significado, parte da experiência do sujeito com o mundo vivido da reabilitação, expressão dos significados tematizando e interpretando as falas, buscando convergências, divergências e idiosincrasias das unidades e a síntese das unidades para chegar à estrutura do fenômeno, visando a sua compreensão.

Na análise idiográfica, os sujeitos do estudo foram identificados, segundo a área de atuação, sexo e tempo de trabalho na Instituição. Os depoimentos foram numerados de I a XII, transcritos, lidos atentiva e criteriosamente para apreensão do sentido global e posteriormente novas leituras foram efetuadas para buscar a essencialidade do trabalho em equipe.

A análise individual dos depoimentos visou extrair as unidades de significado que emergiram da própria descrição obtendo-se uma visão global do depoimento e localizando as unidades significativas. Após fez-se a redução fenomenológica, buscando a essencialidade e a amplitude de significados que pudessem contemplar o implícito, as diferenças e as correlações existentes em cada depoimento.

O próximo passo foi agrupar as unidades de significado que possuíam um tema comum conforme a similaridade de seu conteúdo, realizando a compreensão a partir da interpretação das falas dos sujeitos.

Após análise idiográfica dos depoimentos, buscou-se a generalidade, análise nomotética, para apreender a essencialidade e desvelar o fenômeno do trabalho. O último passo foi uma síntese, que integrou esta essencialidade.

CONSTRUINDO OS RESULTADOS

Visando a compreensão do fenômeno da atuação em equipe para a reabilitação, no cotidiano desta equipe, analisei os temas revelados de forma reflexiva habitando o mundo-vida do sujeito no mundo-Instituição onde está inserido.

O tema *A Inserção do Profissional na Equipe* foi desvelado e apresenta as diferentes percepções e contextos dos sujeitos considerando sua visão da Instituição, profissão e sua relação com as demais áreas de atuação.

A Ortodontia, Serviço Social e Enfermagem referem que a inserção na equipe de reabilitação foi facilitada. Assim, a Ortodontia considera sua participação na equipe imprescindível, pois atua decisivamente nas etapas terapêuticas, como revelam as falas:

(...) como membro do setor de Ortodontia
(...) tenho a oportunidade de participar diretamente e de uma forma decisiva nas etapas terapêuticas (...)

O relato reflete a importância que é dada pela Instituição e por outros profissionais aos que atuam nessa área, pois são parte integrante da equipe diagnóstica, que tem por objetivo traçar as etapas terapêuticas do processo de reabilitação, sendo isto de caráter definidor nas condutas adotadas pelos membros da equipe de reabilitação.

Corroborando com este aspecto, Leopardi⁽⁵⁾ refere que as *profissões na área de saúde têm características diferentes quanto à sua natureza e dimensionamento no sistema assistencial* classificando a Odontologia no grupo de profissões que possuem o controle do processo clínico que tem o diagnóstico e a prescrição como ato central, visando o avanço tecnológico nesta área.

O Serviço Social refere que sua prática tem vasto campo de atuação favorecendo a interdisciplinaridade e articulando o trabalho com outros profissionais.

(...) dentre o vasto campo de trabalho, criar vínculos com as outras profissões, cabe ao assistente social ser elemento favorecedor desta prática interdisciplinar (...)

Nesta fala posso aludir que a dinâmica social vivenciada pelo paciente e família, trabalhada pelo Serviço Social da Instituição, redundando na necessidade de interação com as diversas disciplinas e na comunicação para articular e dar seguimento ao processo de reabilitação.

Na sua fala a enfermeira desvela um paradoxo pois, por um lado relata que a inserção na equipe aconteceu de modo regular, equilibrado, havendo a liberdade e respeito, por parte dos profissionais da equipe nas opiniões emitidas e, por outro, afirma a necessidade de explicitar o papel da enfermeira na equipe àqueles que não possuem a filosofia do trabalho incorporada.

(...) a inserção da enfermeira na equipe
(...) foi tranqüila (...) é muito respeitada dentro das opiniões (...) eu tenho muita liberdade (...) há o devido respeito (...)

(...) a gente muitas vezes precisa explicar ainda para alguns profissionais qual é o nosso papel (...) são pessoas que não estão inseridas na filosofia de trabalho do hospital (...)

Considero paradoxo, pois a vivência da enfermeira na equipe se faz em todas as etapas do processo com participação fundamental. Porém, há a necessidade de clarificar suas ações aos que não estão incorporados à filosofia da Instituição que privilegia o trabalho em equipe.

A simplicidade do trabalho da Enfermagem está posta pelo próprio conceito de saúde, restrito à visão mecânica do corpo e do modo clínico de tratá-lo⁽⁵⁾.

Nesta abordagem, a parcela intelectual deste trabalho pertence ao médico, e à Enfermagem cabe os cuidados diretos mais simples, com poder decisório pequeno e dependente das regras de funcionamento das instituições.

O que observo a partir do relato da enfermeira é que a autonomia necessita ser continuamente reconquistada para reverter em

O significado do trabalho em equipe na reabilitação de pessoas com malformação craniofacial congênita

ação positiva, ampliando os limites profissionais, compreendendo que a complexidade dos problemas e especificamente a complexidade para a reabilitação exige uma postura interdisciplinar.

Para as disciplinas de Psicologia, Nutrição e Fisioterapia a inserção foi dificultada pois não tiveram, de início, a aceitação plena por parte das outras disciplinas.

(...) a inserção da Fisioterapia não foi tão tranqüila, foi até difícil (...)

(...) sentia uma dificuldade muito grande. No começo (...) a aceitação do trabalho do psicólogo (...)

(...) houveram algumas dificuldades ou divergências, que ocorrem em qualquer situação, mas essa ampliação do espaço não foi, no meu entender, uma coisa difícil (...)

Segundo os depoentes, a aceitação na equipe foi algo que precisou ser construído a partir de um mostrar competente no cotidiano de trabalho. Nesta perspectiva e ainda dentro da classificação instituída⁽⁵⁾, à exceção da Psicologia, as demais profissões referidas fazem parte do grupo de profissões para auxílio no diagnóstico e tratamento e embora defendam o direito à autonomia, ainda há necessidade de resistir ao controle imposto pelas profissões de saúde que fazem parte do grupo que controla o processo, sendo necessária uma mudança paradigmática da questão saúde, de forma plena, onde se inclua a análise psicossocial complementarmente à análise antropológica para que possa haver uma

nova moral onde as necessidades dos indivíduos possam ser dimensionadas mais amplamente e com isto se constitua a nova ciência da saúde.

No entanto, a Psicologia mesmo sendo parte do grupo de profissões com controle do processo clínico se percebe como periférica por ter o seu saber estereotipado pelos membros da equipe, sendo seu agir silencioso e pouco perceptível, vivenciando conflitos com a equipe.

No tema *Capacitação para o Trabalho*, desvela-se que os cursos de graduação, das diferentes áreas profissionais bem como a residência médica, não preparam o profissional para atuação com a malformação.

(...) a gente não tem formação para trabalhar (...) nunca tinha visto durante a graduação (...) residência (...)

(...) as faculdades de Fonoaudiologia, acredito que eu possa colocar isso do Brasil todo, estão carentes de oferecer informações sobre a fissura (...)

(...) nas faculdades não existe nenhuma menção com relação ao fissurado, mesmo aqui em Bauru (...) acho que a graduação peca (...)

Corroborando com estas falas, o estudo realizado com as enfermeiras da Instituição⁽⁶⁾, desvelou que o curso de graduação em Enfermagem não prepara o aluno para assistência aos portadores de deformidade congênita lábio-palatal, pois esta temática não é enfocada no currículo, dificultando a atuação do profissional quando adentra este mundo.

Portanto, evidencia-se na formação acadêmica a pouca importância atribuída a este assunto perpetuando o desconhecimento, reforçando-se a isto a ideologia da deficiência que limita o conhecimento desta enquanto fenômeno amplo, multifacetado e presente na sociedade.

(...) os cursos de Psicologia, de uma maneira geral, não têm essa área tão desenvolvida, tão enfatizada. O aluno entra (...) com um pouco de visão sobre essa situação e a deficiência no país (...)

(...) ninguém sabe, ninguém fala em deficiência de uma maneira geral (...)

O binômio indivíduo/sociedade deve ser entendido de forma indissociável, ou seja,

a discriminação social do deficiente é um problema da sociedade que o estigmatiza e separa, mas é igualmente um problema seu enquanto indivíduo/sociedade - produto e produtor da história⁽⁷⁾

e a substituição do desconhecimento pelo conhecimento, por si só não dê conta da reversão de um quadro já estabelecido de segregação, pode contribuir para a ampliação de uma reflexão crítica, pois acredito que é a partir desta que o desconhecimento, não apenas no sentido da informação, mas também no sentido ideológico, cognitivo, racional e emocional, pode ser desalojado para “*um saber e um saber fazer gradativamente mais lúcido e, em decorrência, mais crítico*”, permitindo assim que os profissionais inseridos

na sociedade e portanto sujeitos dessa ideologia possam refletir sobre sua prática.

Ainda quanto à capacitação, esta consolida-se no cotidiano de trabalho com o amadurecimento pessoal e profissional. O pessoal, caracterizado como experiência gratificante e o profissional com a possibilidade de desenvolvimento técnico-científico.

(...) neste período em que trabalho aqui no "Centrinho" aprendi muito, tanto do ponto de vista profissional como no pessoal (...) é muito gratificante (...)

(...) o significado pessoal deste trabalho é de um enriquecimento contínuo, de aprendizado técnico-científico e principalmente humano (...)

O termo capacitação é entendido como o preparo do indivíduo para o desempenho de suas atividades profissionais⁽⁸⁾ que, para o trabalho com a malformação congênita craniofacial, necessita ser construído. A experiência gratificante referida reforça a idéia do crescimento pessoal, mas também instiga o pensamento de que o exercício profissional junto a pessoas com deficiências, reveste-se de uma aura que em nossa cultura paternalista e assistencialista promove atributos como bom, abnegado, idealista e sacerdote que ao mesmo tempo que envaidece o profissional pode vir a ser um pesado fardo no exercício de suas funções porque pode impedi-lo de entrar em contato com suas próprias e humanas limitações⁽⁷⁾.

Goffman⁽⁹⁾ caracteriza o profissional que atua diretamente com o estigmatizado, como uma pessoa "informada" ou seja

pessoas normais mas cuja situação especial levou-a a participar intimamente da vida do indivíduo estigmatizado e a simpatizar com ela ... são homens marginais diante dos quais o indivíduo que tem um defeito não precisa se envergonhar nem se autocontrolar.

O desenvolvimento técnico-científico relatado como ferramenta para a capacitação é muito estimulado na Instituição, existindo um reconhecimento da importância de reuniões com a equipe para estudo e esclarecimento dos casos pois, os profissionais

em posse do saber e saber fazer podem minimizar as consequências da deficiência e a maximizar os potenciais de seus portadores⁽⁷⁾.

Outro aspecto importante da capacitação é a divulgação do trabalho e a preocupação com a formação de recursos humanos conforme relatado pelos sujeitos:

(...) falta (...) a gente estar mostrando o trabalho do "Centrinho" (...) nestes núcleos ou com a descentralização que é muito importante (...) os nossos cursos de especialização têm sido importantes (...)

(...) colaboramos na formação de recursos humanos na área social (...)

Estas falas corroboram a necessidade de ampliar o conhecimento e qualificar pessoas para que haja uma re-significação da deficiência, considerando além da capacitação técnica todo o envolvimento das emoções que emergem diante da deficiência, causando sentimentos conflitantes⁽⁶⁾.

O tema desvelado, *Condições de Trabalho*, revela-se em várias perspectivas. Assim, os sujeitos, referem-se a filosofia da Instituição, que é pautada no trabalho em equipe para a reabilitação, conforme expressam:

(...) no começo do "Centrinho" (...) parecia que todo mundo trabalhava por uma mesma missão (...) acabou um pouco a filosofia do "Centrinho" (...) eu acho que a filosofia inicial do "Centrinho" se perdeu (...)

As falas desvelam a relevância do significado atribuído pelos profissionais da equipe, de um trabalho uniforme, equânime, visando a cooperação e integração, consolidando assim o processo de reabilitação.

Por outro lado, de acordo com os depoimentos, existe a percepção de que esta filosofia está sendo diluída, pelo acréscimo de pessoas que não estão sendo integradas a esta forma de pensar, dificultando um agir voltado ao trabalho em equipe.

Considerando a complexidade do trabalho em saúde, que

envolve um trabalho do tipo profissional, isto é, realizado por trabalhadores que dominam os conhecimentos e técnicas especiais para assistir o indivíduo ou grupos com problemas de saúde ou com risco de adoecer, em atividades de cunho investigativo, preventivo, curativo ou com objetivo de reabilitação⁽¹⁰⁾,

pode-se compreender a dificuldade de manutenção desta filosofia proposta.

O significado do trabalho em equipe na reabilitação de pessoas com malformação craniofacial congênita

As demandas de trabalho são diferentes e a complementaridade dos processos de trabalho para manter esta filosofia, deve contemplar estas diferenças.

Outro aspecto referido neste tema reforça a idéia do relacionamento estreito, integrado, facilitando o desempenho do trabalho, expresso pelas falas:

(...) no nosso setor temos integração dos profissionais e uma relação positiva com a equipe interdisciplinar, facilitando o desempenho do trabalho (...)

(...) tenho a convicção de que somos uma grande família

Essa integração, revelada pelos sujeitos é vista como aspecto facilitador para o desenvolvimento do trabalho nesta amplitude, pois contempla a aproximação e o vínculo que se estabelece nestas relações.

Também foi desvelado que houve aumento da demanda de pacientes decorrente da ampliação do objeto de atenção que passou a englobar, de forma genérica, as anomalias craniofaciais. Para este aumento não houve, de maneira suficiente a adequação de recursos humanos, quantitativa e qualitativamente, no sentido da capacitação para este trabalho ampliado. A estrutura física também não foi adequadamente suprida, permitindo a percepção que propriamente não existiu crescimento e sim hipertrofia. As falas revelam:

(...) o "Centrinho" mudou para Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, não apenas no nome, mas (...) o compromisso aumentou. Não restringe apenas em atender o fissurado de lábio e ou palato, mas também os que se apresentam com malformações múltiplas (...) como eu já ouvi alguém dizer: O "Centrinho" inchou (...)

(...) acho que o hospital não tenha propriamente crescido, eu acho que hipertrofiou.

Creio que o aumento da demanda está intimamente ligado com a presença de alguns fatores como a alta incidência de nascimento de portadores de fissura lábio-palatal, que segundo estudos é uma das malformações congênitas mais comuns, ocorrendo uma a cada 700 nascimentos, com uma etiologia multifatorial dificultando medidas pontuais de prevenção e ainda por haver uma ocorrência maior de malformações múltiplas associadas as fissuras de lábio e/ou palato⁽¹¹⁾.

Outro ponto interveniente é a Instituição ser Centro de Referência do Ministério da Saúde para o atendimento das Anomalias Craniofaciais, sendo a única da América Latina a prestar assistência integral visando a reabilitação e com isto receber uma clientela proveniente de todo o país e também de países vizinhos.

O vínculo com o Sistema Único de Saúde também colabora, pois com o acesso universalizado e igualitário à assistência na Instituição, as barreiras econômicas ficam diluídas, permitindo a participação das diversas camadas sociais no processo de reabilitação, aumentando significativamente a procura pelo serviço.

A dificuldade relacionada a este aumento refere-se principalmente aos recursos humanos e físicos, que proporcionalmente não obtiveram a mesma ampliação.

Quanto aos recursos humanos o dimensionamento adequado constitui um desafio para as organizações, afirmando-se que o

grau de desenvolvimento econômico de um país está estreitamente relacionado ao seu contingente de pessoal para as atividades de saúde⁽¹²⁾,

portanto há relevância neste aspecto que tem sido negligenciado a partir de uma política restritiva de reposição de recursos humanos na própria estrutura da Universidade na qual a Instituição está inserida.

A percepção de que houve "hipertrofia" e não propriamente crescimento, dá a idéia de um aumento excessivo e não planejado que interfere na dinâmica de funcionamento e organização da Instituição, dificultando o trabalho da equipe de reabilitação.

Outro aspecto revelado neste tema por dois depoentes refere-se à remuneração. Assim se expressam:

(...) se a situação nossa fosse uma situação de ganho real (...)

(...) depois que entrou muita gente nova, parece que a turma nova só trabalha em função do dinheiro (...) para melhorar tinha que mandar metade embora, ficar só com metade, pagar melhor que o serviço sairia melhor (...)

Estas falas são procedentes de profissionais médicos que diferentemente da maioria dos outros profissionais da equipe não possuem jornada de trabalho integral e que, portanto, além de seu trabalho na Instituição, também possuem outros vínculos de trabalho.

Vivemos sob a égide da divisão social do trabalho, cuja configuração está de acordo com uma ordem econômica constituída pela exclusão, tanto mais acentuada quanto mais baixo estiverem na escala social. De acordo com este prisma, determinadas atividades são mais valorizadas que outras, dependendo da quantidade e qualidade dos bens produzidos, sendo assim,

trabalhos que não produzem riqueza imediatamente serão menos valorizados, quanto mais, se ao contrário, exigirem investimento da sociedade sem retorno imediato. É neste campo que se encontram as atividades de assistência à saúde

e os trabalhadores que prestam assistência fazem parte de uma escala social que tem o valor agregado nesta divisão social, assim os trabalhos mais simples são menos valorizados⁽⁵⁾.

Dentre os trabalhadores de saúde, ao médico é atribuído maior valor, pois em uma função na qual se restringe a saúde ao corpo e ao modo clínico de tratá-lo, tem-se como consequência a hegemonia deste profissional.

Baseados neste aspecto, em um sistema capitalista, o médico, na saúde, é o profissional que busca uma maior remuneração, pois mesmo com queda em termos de compensação salarial, mantém o *status* de autoridade em saúde. Para os profissionais que agregam ao trabalho com o paciente, além do corpo, outras dimensões simbólicas cujos valores não são dimensionáveis como: amor, compaixão, sensibilidade, compromisso, cumplicidade humana, embora inegavelmente necessários, não têm preço e portanto não se pagam, justificando assim a exploração concreta do trabalhos desses profissionais, cuja remuneração é mais baixa em relação às outras⁽⁵⁾.

O tema **Relação com o Paciente e Família** desvela-se em dois sub-temas principais: O profissional, paciente e família e A equipe, paciente e família.

Assim, O profissional, paciente e família revela que o trabalho do profissional é necessário e fundamental, cuja ação extrapola os limites da profissão e o reconhecimento

do paciente e família quanto à atuação de cada disciplina, consolida a identidade e as ações desenvolvidas, demonstrando assim a importância destas, conforme expressam as falas:

(...) nosso trabalho com o paciente e família é fundamental para o processo de reabilitação (...)

(...) o paciente, em alguma fase da vida, vai precisar da ação do psicólogo(...)

O fato do processo de reabilitação acontecer em etapas, ser a longo prazo com constantes retornos a Instituição, faz com que o profissional estabeleça vínculos com o paciente e família existindo o envolvimento e a aproximação. Este vínculo se faz, não apenas com os procedimentos técnicos necessários à terapêutica, mas principalmente por considerar o outro.

O diálogo permite ao homem universalizar-se, na expressão ao seu outrem, ou seja, no encontro com o outro⁽¹³⁾, possibilitando a inter-relação do profissional com o paciente e família.

No sub tema A equipe, paciente e família torna-se claro o aspecto da necessária atuação em equipe para o processo de reabilitação pois, é fundamental que o objetivo seja comum a partir do planejamento, visando o consenso da proposta de reabilitação, a integração dos profissionais e principalmente que se considere o paciente e família em suas expectativas e como partícipes deste processo.

(...) o trabalho em equipe (...) é (...) a somatória de forças com um objetivo comum (...) considerando (...) os anseios do paciente e de sua família (...)

Esta fala reforça a necessidade de comunicação, onde a expressão é fundamental e possível a partir da linguagem. “A palavra é que torna o mundo humano”⁽¹³⁾. Nesta relação, na qual falar a mesma linguagem é imprescindível para a compreensão entre a equipe, o paciente e a família, no momento em que os profissionais exteriorizam suas palavras dizem alguma coisa a alguém, expressando o conteúdo do que pensam, a comunicação dessa expressão dependerá do outro e do significado que atribui.

O tema **Dificuldade para o Trabalho**, relaciona-se à intrincada situação de trabalhar em equipe, sendo percebido pelos sujeitos como um trabalho compartimentalizado e fragmentado, na qual a integração, a troca de informações nem sempre ocorrem. As falas expressam:

O significado do trabalho em equipe na reabilitação de pessoas com malformação craniofacial congênita

(...) hoje em dia está muito compatimentalizado (...) cada um dentro de seu compartimento. Talvez esteja faltando (...) um pouco mais de entrelaçamento das especialidades que lidam com esse paciente.

(...) envolve profissionais das diversas áreas, com distintas personalidades (...) formação técnica (...) diferente (...) comportamento (...) nem sempre compatível com o trabalho em equipe (...) dificultando às vezes o intercâmbio das informações que são importantes e muito pertinentes à equipe, truncando as etapas subseqüentes da reabilitação ou atrasando este processo (...)

O trabalho em equipe, e em nosso caso a equipe de saúde, engloba inúmeras ações tornando-o um trabalho coletivo. Entretanto nas falas expressas pelos sujeitos, referenciase a fragmentação e compartimentalização do trabalho efetuado pelos diversos profissionais, pois as fronteiras entre as disciplinas não são rompidas, permitindo que haja o voltar-se para a área específica sem a integração com as demais, incorrendo no trabalho onde

cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência(...)separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias(...) com avaliações feitas em separado, portando desintegradas, (...)sem troca entre a equipe

limitando a abrangência da atuação⁽¹⁰⁾.

Com a proposta de atuação interdisciplinar, o agir interdisciplinar pressupõe antes de mais nada um ato de perceber-se interdisciplinar⁽¹³⁾, e para isto existe a necessidade de acreditar que o outro, ou seja, aquele que faz parte de outra disciplina, também possa tornar-se interdisciplinar e ter atitudes interdisciplinares que incluem a reciprocidade que impele a troca ao diálogo, a humildade diante da limitação do próprio saber, a perplexidade diante da possibilidade de desvendar novos saberes, o desafio da constante renovação, o compromisso e a responsabilidade com o trabalho a que se propõe.

Desvela-se também neste tema a complexidade do trabalho e a hierarquia estabelecida entre as diferentes profissões, dificultando o envolvimento entre os profissionais para uma proposta comum. O sujeito refere:

(...) existe muito aquele fator de hierarquia, então em função disso também é muito complicado (...) hierarquia das dife-

rentes profissões (...) o relacionamento profissional é muito complicado (...)

A hierarquia na saúde manifesta-se com sobreposição de poder na maioria das relações de trabalho,

dos médicos em relação aos demais profissionais de saúde, dos profissionais de nível superior sobre o de nível médio e elementar, dos chefes sobre os subordinados, de médicos que têm mais poder sobre os que têm menos poder e dos profissionais de saúde sobre os clientes⁽¹³⁾.

Esta relação de subordinação evidencia que não há apenas diferenças técnicas entre as diversas profissões, mas estas expressam desigualdades nas valorações sociais atribuídas as profissões que foram construídas no decorrer da história⁽¹⁾.

Nesta ótica, estas desigualdades técnicas transformam-se em desigualdades sociais e expressam as diferenças, relatadas e percebidas pelo sujeito do estudo, traduzindo a complexidade do relacionamento entre os diferentes profissionais da equipe de reabilitação.

Também existe a mudança ocorrida com o crescimento da Instituição e a rotina que interfere no trabalho da equipe conforme expresso pelos sujeitos:

(...)vivemos uma rotina complicada (...)

(...)o grande número de pacientes, assim como o de profissionais que aqui atuam, tem sido responsabilizados pela falta de entrosamento entre as áreas, resultando em prejuízo de tratamento em alguns casos (...)

A percepção de que esta falta de integração, decorrente do crescimento da Instituição, resulte em prejuízo na consecução do tratamento, evidencia a visão dos sujeitos da importância de um trabalho no qual haja consenso e estratégias que integrem as múltiplas necessidades que permeiam o processo de reabilitação, incluindo a rotina estabelecida que se for inflexível, não pode acompanhar as mudanças ocorridas, principalmente às relativas ao aumento da demanda de pacientes.

Reportado como dificuldade, existe a pouca habilidade de alguns profissionais para o trabalho conjunto, como os sujeitos a seguir revelam:

(...)têm alguns profissionais que não gostam de trabalhar junto(...)

(...) eu vejo dificuldade para trabalhar em equipe (...)

Como bem explicitado pelos sujeitos, o trabalho conjunto é imprescindível para ser considerado como trabalho em equipe, pois é no dizer e no ouvir o outro que existem ganhos para o projeto comum da reabilitação. Para esta integração é necessário viver a possibilidade da solidariedade, pois mesmo sendo um valor que depende de como as pessoas, no decorrer de suas vidas, foram apresentadas à ele, deve ser cultivado, pois ao lidar com o outro ser humano ficamos diante de nossa própria fragilidade pela inevitável identificação que fazemos⁽⁵⁾.

Outro aspecto que não pode ser desconsiderado é o de que a

maior parte de nossa formação como profissionais de saúde ainda está pautada no modelo biomédico, configurando uma cisão entre o biológico e o psicossocial e, portanto, pouco nos instrumentaliza para a atuação na esfera da interação, seja com o usuário, seja com os demais profissionais⁽¹⁴⁾.

A mudança dessa situação requer que cada profissional repense seu trabalho e compreenda que a autonomia técnica não se encontra no isolamento ou independência profissional, mas sim na colaboração entre os profissionais que buscam construir e compartilhar o projeto comum da intervenção utilizando formas cooperativas, solidárias ao invés de concorrência ou competição individual⁽¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao desvelar a essência do fenômeno do vivencial do trabalho em equipe na reabilitação em anomalias craniofaciais, percebo que os depoimentos engendram convergências e divergências que possibilitam, mesmo de forma limitada, compreender o mundo-vida dos sujeitos do estudo que possuem um olhar próprio sobre o fenômeno.

Dada a abrangência, outras perspectivas se contemplam para o desvelamento e outros enfoques podem ser habitados pois, acredito que o homem é um ser de horizontes ilimitados, continuamente inacabado, cuja visão não se encerra em uma única perspectiva.

O significado do trabalho em equipe na reabilitação de pessoas com malformação craniofacial congênita

REFERÊNCIAS

- (1) Peduzzi M. Equipe multidisciplinar em saúde: a interface entre o trabalho e interação. [dissertação] Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP; 1998.
- (2) Ciampone MHT. Grupo operativo: construindo as bases para o ensino e a prática na enfermagem. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1998.
- (3) Coelho Júnior N, Carmo PS. Merleau-Ponty filosofia como corpo e existência. São Paulo: Escuta; 1991.
- (4) Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes; 1994.
- (5) Leopardi MT. Introdução. In: Leopardi MT, organizadora. O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros; 1999. p. 9-22.
- (6) Spiri WC, Leite MMJ. Convivendo com o portador de fissura lábio-palatal: o vivencial da enfermeira. Rev Esc Enferm USP 1999; 33(1):81-94.
- (7) Amaral LA. Conhecendo a deficiência. São Paulo: Robe; 1995.
- (8) Kurcgant P, Castilho V, Leite MMJ. Capacitação do profissional de saúde no âmbito da formação e da educação continuada. Rev Esc Enferm USP 1994; 28(3):251-6.
- (9) Goffman E. Estigma. Rio de Janeiro: Zahar; 1975.
- (10) Pires D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: Leopardi MT, organizadora. O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros; 1999. p. 25-55.
- (11) Clinical Standards Advisory Group. Cleft lip and/or palate. London; 1998.
- (12) Gaidizinsk RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: Kurcgant P, organizadora. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991. p. 91-6.
- (13) Fazenda IC. Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa. Campinas: Papyrus; 1994.
- (14) Ciampone MHT, Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. Rev Bras Enferm 2000; 53(nº esp):143-7.