



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Menezes da Silva, Elaine; Nunes Moreira, Martha Cristina
Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento
do outro
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 20, núm. 10, outubro, 2015, pp. 3033-3042
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042187010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro

Health team: negotiations and limits of autonomy, belonging and the acknowledgement of others

Elaine Menezes da Silva ¹

Martha Cristina Nunes Moreira ²

Abstract *The scope of this paper was to establish the significance of teamwork within the complex interaction in a Neonatal Unit. The techniques used for data collection were document analysis, participant observation and interviews. Twenty-four professionals working in a public and highly complex Neonatal Unit in the city of Rio de Janeiro were interviewed. The data were analyzed using the thematic approach of the content analysis technique, based on the literature on humanization, health work processes, teamwork and ergology. The conclusion drawn is that even in the neonatal environment, the construction of teamwork is established when the care model is geared to the logic responding to the health needs of individuals, taking into consideration the babies and their families, encompassing negotiations, limits of autonomy and notions of belonging and the recognition of others.*

Key words Humanization of care, Teamwork, Neonatal Unit

Resumo *Buscamos desvelar o significado do trabalho em equipe dentro da complexidade de uma Unidade Neonatal. As técnicas utilizadas para coleta de dados foram a análise documental, a observação participante e a entrevista. Foram entrevistados 24 profissionais que atuam numa Unidade Neonatal pública e de alta complexidade do município do Rio de Janeiro. Os dados foram desenvolvidos conforme a técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática, com base em bibliografia sobre humanização, ergologia e processo de trabalho em saúde e em equipe. Concluímos que, mesmo no ambiente neonatal, a construção do trabalho em equipe se efetiva quando o modo de atendimento está voltado para a lógica orientada pelas necessidades de saúde dos sujeitos, considerando os bebês e suas famílias, perpassando pelas negociações, os limites da autonomia, as noções de pertencimento e o reconhecimento do outro.*

Palavras-chave Humanização da assistência, Trabalho em equipe, Unidade Neonatal

¹ Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. R. Sacadura Cabral 178, Saúde. 20221-903 Rio de Janeiro RJ Brasil. elaines@bol.com.br

² Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz.

Introdução

Diversos autores abordam a temática do trabalho em saúde¹⁻¹². Alguns se dedicam a compreender como esse trabalho se configura ou não como equipes integradas^{3,4,6-10,13}. A Política Nacional de Humanização (PNH) destaca como temas transversais para a discussão das construções em equipe¹³: gestão participativa, acolhimento, autonomia, vínculo e corresponsabilidade^{5,14-18}.

Há que aprofundar a discussão sobre as possibilidades e as dificuldades para construir no campo da atenção à saúde a integração das competências na base do trabalho em equipe. Santos-Filho¹⁹ aponta como problemas comuns ao mundo do trabalho em saúde: degeneração dos vínculos, destituição dos direitos dos trabalhadores, precarização das condições de trabalho, dificuldade na organização e relações sociais de trabalho em conformidade com a gestão que se apresenta de forma tradicional. Associando tais considerações à perspectiva ergológica de Schwartz²⁰, consideramos que uma equipe se organiza para além do somatório de indivíduos e da execução das normas. O autor ressalta que a partir da atividade pode-se pensar em prevenção, gerenciamento e competência em espaços organizacionais que funcionam com hierarquia, autoritarismo, imposição e o máximo de normatização possível.

Problemas de ordem organizacional se unem aos aspectos relacionais aqui definidos pelo componente simbólico do poder, da autonomia e dos processos de reconhecimento e pertencimento que se desenham na experiência cotidiana do trabalho multiprofissional. A multiprofissionalidade da área da saúde, ao mesmo tempo em que se revela uma realidade concreta e indispensável, implica desafios na transição de uma composição de grupo/agrupamento para interação, integração e projeto comum⁸ que caracterizaria “ser uma equipe, estar em equipe, sentir-se uma equipe”, imagem-objetivo do projeto interdisciplinar. Essa consideração sobre a construção de um projeto comum, que neste artigo vai tocar um ciclo de vida muito precoce e mobilizador de sensibilidades diferenciadas, nos remete ao que Schwartz^{20,21} denomina de valores dimensionáveis. Campo da apropriação de normas, espaços, protocolos pelo trabalhador, o que vai gerar o agir em competência. Ou seja, cada situação coloca o trabalhador em discussão com sua escolha, com o produto do seu trabalho, em relação com outros trabalhadores com os quais não escolheu trabalhar, o que, portanto, também leva a enfrentar muitos imprevistos.

A atuação na área da saúde possui algumas particularidades decorrentes do andamento do(s) processo(s) de trabalho que implicam o estabelecimento de relações diretas entre os sujeitos envolvidos no processo saúde-doença^{6,22}, o que remete ao diálogo possível entre valores dimensionáveis e não dimensionáveis estabelecidos devido às condições subjetivas dos envolvidos²³. Citamos como valores não dimensionáveis, aqueles que estão referidos ao campo da ética e suas escolhas, das emoções, dos valores – do universo relacional. Esse universo permeia e ao mesmo tempo constitui a ação em saúde, dialogando com os chamados valores dimensionáveis que se referem aos aspectos formais do trabalho: normas, regras, horários, ações padronizadas e previamente acordadas²³, gerando a imprevisibilidade na atuação e nos resultados.

No presente artigo, fruto de uma pesquisa mais ampla²⁴, estudamos o trabalho em equipe numa unidade neonatal (UN). Tal ambiente tem por base o cuidado com os recém-nascidos, e o fato de que eles e suas famílias convivem com os desafios da prematuridade e das necessidades de apoio ao nascimento. Tais temas matizam um espaço onde o profissional precisa acionar vários tipos de conhecimentos, sentimentos e lidar com eles, ao mesmo tempo em que necessita cuidar do recém-nascido e de sua família.

Analizamos os significados do trabalho em equipe relacionados às negociações, aos limites da autonomia, às noções de pertencimento e ao reconhecimento do outro – valores presentes na construção do trabalho em equipe em sintonia com a PNH.

Métodos

Realizamos um estudo de caso qualitativo²⁵ na UN de um hospital público, no município do Rio de Janeiro. Os critérios para a escolha da unidade foram: recente composição da equipe multiprofissional; rodízio entre aqueles que atendem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade Intermediária (UI); convívio entre os efetivos e temporários, recém-chegados e com tempo para se aposentarem; e existência de profissionais ligados a outros serviços. A atenção neonatal prestada aos recém-nascidos de baixo, médio e alto riscos, comportava vários níveis de complexidade, incluindo UTI, UI e Alojamento Conjunto.

Entrevistamos 24 profissionais que realizam trabalhos com os bebês e/ou com as famílias na

Unidade Neonatal. O critério de inclusão foi o tempo de serviço, considerando profissionais dos três últimos concursos públicos realizados (1994 e 2005 para efetivos, e 2004 para temporários). Tais critérios abarcaram sujeitos com experiências diferenciadas de aprendizado e de (re)construção de equipe(s). Na Tabela 1 segue o perfil dos sujeitos entrevistados.

A pesquisa de campo – incluindo observação e entrevistas – aconteceu de maio a setembro de 2009. A aproximação com o campo se deu por meio da observação participante. Esta técnica serviu a dois objetivos: 1. Construir uma relação de estranhamento ou uma posição diferenciada quanto ao fato de a pesquisadora já ter uma história como profissional junto à equipe do campo, daí sendo gerados dados que possibilitassem o acesso a um cotidiano, que foi observado em dias, horários e atividades com os quais a pesquisadora não necessariamente estava ambientada; 2. A fase anterior contribuiu para a escolha dos sujeitos a serem entrevistados e o contato com eles, através da identificação das formas como eles se encontravam, reuniam, organizavam rotinas. O fato de ser uma profissional que atuava

naquele ambiente contribuiu para que em um momento inicial não fosse percebida essa presença como a de uma pesquisadora em campo. A observação participante funcionou como uma estratégia para que o ambiente – que parecia muito familiar, como espaço de trabalho como assistente social – fosse alvo de muitos estranhamentos, incômodos, dúvidas quanto ao pertencimento. Serviu como estratégia para aproximação e afastamento, treinando o olhar de pesquisa, observando o familiar^{25,26}.

As entrevistas semiestruturadas ocorreram em lugares reservados no ambiente hospitalar, de acordo com a disponibilidade e a escolha dos sujeitos, com a leitura anterior do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Respeitamos o anonimato, nomeando os sujeitos como entrevistados, seguido do número da entrevista.

Analisamos os dados segundo a modalidade temática adaptada da técnica de análise de conteúdo²⁵, assumindo o modelo de saturação teórica e empírica de Fontanella et al.²⁷. Os dados foram interpretados a partir da ergologia de Yves Schwartz. O autor colabora com a discussão sobre trabalho concreto para a identificação dos

Tabela 1. Perfil dos profissionais entrevistados em anos.

| Categoria | Idade | Tempo de Formação | Tempo de Serviço | Tempo de Serviço na unidade pesquisada |
|------------------------|-------|-------------------|------------------|--|
| Assistente Social | 27 | 3 | 2,5 | 2 |
| Assistente Social | 25 | 3,5 | 3 | 2,5 |
| Auxiliar de Enfermagem | 29 | 10 | 9 | 3 |
| Auxiliar de Enfermagem | 57 | 29 | 27 | 27 |
| Auxiliar de Enfermagem | 50 | 32 | 31 | 27 |
| Auxiliar de Enfermagem | 30 | 8 | 8 | 3 |
| Enfermeira | 56 | 31 | 29 | 29 |
| Enfermeira | 49 | 25 | 25 | 25 |
| Enfermeira | 47 | 19 | 16 | 16 |
| Enfermeira | 39 | 14 | 14 | 3 |
| Enfermeira | 30 | 4 | 4 | 2 |
| Enfermeira | 29 | 5 | 5 | 2 |
| Enfermeiro | 37 | 11 | 11 | 3 |
| Fonoaudióloga | 31 | 6 | 4 | 4 |
| Fonoaudióloga | 29 | 8 | 6 | 4 |
| Médica | 58 | 33 | 29 | 27 |
| Médica | 55 | 30 | 30 | 23 |
| Médica | 47 | 21 | 19 | 3 |
| Médica | 44 | 21 | 21 | 2 |
| Médica | 37 | 15 | 15 | 13 |
| Médica | 44 | 21 | 19 | 3 |
| Psicóloga | 59 | 35 | 34 | 26 |
| Psicóloga | 43 | 19 | 13 | 3 |
| Terapeuta Ocupacional | 47 | 24 | 23 | 2 |

significados do trabalho em equipe nas experiências do cotidiano^{14,19,28}. A interpretação dos dados valorizou os aspectos simbólicos que permeiam e constituem as óticas dos profissionais sobre a construção do trabalho em equipe. Geramos dois núcleos temáticos: 1. O pertencimento à equipe e o reconhecimento como equipe: a permanência temporal e espacial; 2. Diálogo, conflito e negociação: o encontro em equipe. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e discussão

O pertencimento à equipe e o reconhecimento como equipe: as permanências temporal e espacial

Para a abordagem ergológica a tarefa mais simples envolve a produção de sentidos revelados por quem a executa⁶. Os entrevistados consideraram como parte da equipe da UN apenas aqueles profissionais que eles veem, ou ainda aqueles que permanecem mais tempo dentro da UN.

Torna-se necessário justificar e reconhecer quem faz parte ou não da equipe a partir “do ser visto”, o que significa ter frequência no espaço onde tradicionalmente permanecem enfermagem e médicos. Todo trabalho requer a existência de uma coletividade, um conjunto de trabalhadores que podem ou não formar um “coletivo de trabalho”, trabalho que demanda tomadas de decisão individuais e coletivas³. Louzada et al.⁶ afirmam que *a dimensão coletiva do trabalho em equipe não é aparente*, e se torna mais difícil de ser identificada quando os profissionais não sabem quais são os atores que formam essa coletividade.

O trabalho em equipe na saúde pode racionalizar a assistência e integrar disciplinas e profissões com vistas à atenção integral à saúde⁹. Mas como atuar coletivamente se há uma indefinição dos profissionais que estruturam o espaço da UN? Quem são? Qual a sua função? Onde estão?

A equipe de cuidados intensivos neonatais²⁹ tem sua estrutura básica formada por profissionais com contato direto com o bebê. Os profissionais entrevistados utilizam lógica semelhante, considerando as categorias que ficam mais tempo dentro da UN como aquelas que efetivamente compõem a equipe. Essa perspectiva remete à construção de valores comuns que são gerados a partir da ação voltada para a atividade-fim⁸, qual seja, o cuidado com o bebê. Quanto mais próximo do lugar onde está o bebê, mais positivamente se dá o reconhecimento daquele profissional por

parte do grupo, aumentando as possibilidades de construção de relações positivas de reconhecimento que podem gerar um trabalho de equipe.

Nas respostas sobre a composição da equipe, as expressões “lá dentro”, “presente” e “aparece mais” permitiram uma análise que explora como coeficientes de demarcação do grupo de trabalho a permanência temporal e a espacial. O que registra a identidade de uma possível equipe é a possibilidade de encontrar-se no espaço onde estão os bebês, objetivo do cuidado neonatal. A referência espacial não prescinde da atribuição de valor àqueles que efetivamente ocupam e participam do cotidiano da unidade.

As expressões que indicam depender a resolução dos problemas de uma decisão espontânea e/ou da “boa vontade”, naturalizando atributos “naturais” e/ou “pessoais” na provocação de um movimento de mudança, demonstram baixa reflexão sobre processos coletivos.

[...] Às vezes, se resolvem por si [os problemas] e às vezes alguém cansa de ver o problema se arrastando e literalmente corre atrás pra que se resolva. (Entrevistado 5)

A gente tenta fazer da nossa maneira. Quase sempre a gente consegue. Com boa vontade, né? (Entrevistado 6)

A vontade pessoal gera mobilização quando ocorre a busca pelo outro, mas a leitura personalista esvazia a capacidade de negociação, embate e conflito, características que fazem parte das ações coletivas, da produção de canais formais de resolução e encaminhamento dos problemas. *A priori*, as adaptações de ordem material são mais facilmente contornadas quando estão definidas as atuações na forma da cooperação. Para que o trabalho ocorra em equipe, além do bom ambiente²⁰, conta um sentido de colaboração entre os profissionais, com relações de ajuda mútua. No desenvolvimento do trabalho, o profissional elabora estratégias para lidar com as situações que se colocam, ou seja, “usam de si”, revelando uma inteligência própria de todo trabalho humano²⁰. Quando o profissional se considera pertencente ao meio de trabalho e aparece uma complicação, ele busca no saber técnico-científico dispositivos possíveis para solucionar a questão, e procura detectar na singularidade da situação características que ajudem a resolver o problema, movendo esforços para colocar a si mesmo e o outro em relação para tentar um encaminhamento positivo²¹.

Na pesquisa, apenas os profissionais médicos e de enfermagem estão diretamente lotados na UN, ficando mais evidente o espaço destes. Os profissionais de outras categorias estão lotados

em diferentes serviços, tendo que dividir a carga horária e realizar a rotina na UN em consonância com outros setores. O acúmulo de distintas lotações exige adaptações de horários, provocando ausências físicas, desencontros, diminuindo o conhecimento das pessoas e as rotinas. Estes fatores reduzem os encontros, as permanências, as interações e, portanto, fragilizam a cooperação, base do trabalho coletivo e em equipe²¹.

A construção da autoridade profissional e do reconhecimento pode ocorrer no momento dos encontros, onde o capital técnico é acessado em prol de benefícios e aquisição de informações sobre a clientela, mas no caso de nossa pesquisa, a centralidade do reconhecimento profissional passa pela permanência no espaço.

Elas tendem a ficar cada uma no seu departamento. As pessoas não se cruzam aqui. As pessoas têm um pouco de defesa de lidar com quem não seja seu par. (Entrevistado 2)

[...] a enfermeira parecia muito a governanta da casa, uma responsabilidade muito grande, e que se ela fizesse o trabalho dela mal feito, a casa ficava à deriva. (Entrevistado 11)

Às vezes é meio desgastante pra eles entenderem quais são as nossas atribuições [...] a gente depende de outros atores. (Entrevistado 17)

As expressões sobre ocupação e visibilidade do profissional no espaço, acionam qualificativos que assemelham suas ações às da governança de uma casa, e contrastam com falas nas quais se reivindica o reconhecimento do processo de trabalho de outras categorias que realizam ações que não se resumem à presença física no setor. Existe uma resistência em valorizar trabalhos de profissionais que não atuam diretamente com o bebê, manipulando, examinando. Cabe aos profissionais, que estruturam seus processos de trabalho para além do contato físico, estabelecer estratégias de ocupação que possibilitem um reconhecimento e a expressão de um conhecimento técnico que amplie a perspectiva biomédica.

O processo de cuidar remete a um coletivo real que difere do coletivo prescrito, pois o encontro entre os sujeitos é sempre singular. Desta forma, é possível reafirmar que ocorrem *micror-recomposições do coletivo em torno da equipe*³⁰.

A divisão da unidade em setores e a lotação de profissionais em outros serviços dificultam os contatos entre eles. Isso se expressa na incompreensão sobre a função do outro, na relação desgastante entre aqueles que, no pequeno espaço de tempo em que se encontram, se empenham na conquista do reconhecimento enquanto profissionais do setor. Os que fazem parte da enferma-

gem ficavam submetidos a um rodízio no interior da UN, que era composta por três subunidades (UTI, UI ou alojamento conjunto). Cada um desse grupo tinha uma lotação geral nessa unidade e, dependendo do dia, era designado para atuar numa das três. Ele se encontrava submetido a uma mudança constante e a uma imprevisibilidade mais acentuada que as outras categorias.

Em situações de trabalho, o profissional deve ser capaz de se impregnar pela “dimensão de encontro de encontros”²¹. No entanto, nem sempre eles ocorrem:

É assim, muito fragmentada. Complemente recortada. Eu não vejo costura. O bebê está ali, então são olhares completamente diferentes [...]. Fica com o bebezinho de objeto, cada um olha, dá o seu parecer. [...] A rotina é essa. É coisa que [parece estar] de cabeça pra baixo, coisa que todo mundo anda assim, ou tá no prontuário, ou tá num procedimento, é assim. O meu olhar pra eles é esse, um olhar pra baixo. (Entrevistado 8)

As avaliações sobre a fragmentação, a não integração ou mesmo a coesão na rotina de trabalho ganham destaque numa reflexão sobre a baixa capacidade de a equipe dirigir o olhar para o encontro, seja com o usuário, seja com o colega. A dimensão do encontro tem por base o direcionamento ao outro que não se resume à instrumentalidade da tarefa: olhar para escrever a evolução no prontuário, examinar o bebê e realizar um procedimento. Esse *olhar pra baixo* faz com que o mundo se posicione mais *de cabeça para baixo*, segundo uma lógica de domínio individual pouco voltada para a alteridade.

A integração entre equipes³¹ requer investimento, que está relacionado ao campo dos valores não dimensionáveis, diálogo entre as competências e a capacidade de entender a autonomia como relação entre os saberes profissionais. Autonomia na escolha da melhor prática, da técnica mais adequada, dos limites de sua ação em face da necessidade do usuário.

Diálogo, conflito e negociação: o encontro em equipe

A rotina realizada é adaptada e reconstruída no cotidiano. Há um esforço em planejar as ações, estabelecer procedimentos específicos, com certa antecedência e numa linha de continuidade temporal. Tal esforço se relaciona àquilo que Merhy⁷ assinala como a dimensão “leve-dura” do trabalho em saúde: normas, protocolos, rotinas. Essa dimensão da instrumentalidade e da elaboração racional funcionaria mediando

processos e remeteria a um consenso anterior na relação da gestão do trabalho. Os depoimentos demonstram que a dimensão de gestão do trabalho, de organização de rotina não se resume à chefia. No entanto, a sua “microgestão” ou sua gestão cotidiana de processos precisa dialogar com processos maiores, que nem sempre são de domínio de todos, por vezes não tendo sido socializados na construção coletiva. E é no eixo das tecnologias leves⁷ que se situam os processos de negociação, a arte do diálogo, da conquista para a adesão aos processos técnicos e aos protocolos. Nesse eixo identificamos os maiores dilemas na conformação do trabalho em equipe.

Os profissionais mencionam o “caráter enigmático e imprevisível” do trabalho em saúde, descrevendo que as rotinas não são fechadas e que ocorrem de acordo com o que eles encontram na unidade²², principalmente porque as rotinas se inter-relacionam e dependem dos dilemas e dos imprevistos de cada dia. O profissional médico demonstra maior autonomia para gerir seu processo de trabalho. No cotidiano, com os diferentes horários de chegada e saída, fica difícil o encontro entre os membros da equipe para definir o que será feito.

O encontro e a comunicação são ainda mais difíceis entre os médicos da UI e os da UTI, e destes com os neonatologistas responsáveis pelo atendimento no alojamento conjunto. A UN do hospital pesquisado conforma vários cenários³², que resultam em três espaços diferenciados para o atendimento: alojamento conjunto, UTI neonatal e UI neonatal:

Existe um outro grupo também responsável pelo berçário intermediário, que é uma outra unidade, que não é a UTI neonatal, e um outro grupo responsável também pelo alojamento conjunto. (Entrevistado 4)

A equipe médica acaba por se dividir em três equipes diferenciadas que pouco se comunicam. Os pactos criados na organização da rotina de trabalho tornam-se frágeis em face da força da lógica e do aprendizado de um *ethos* profissional em que predomina a decisão individual. A autonomia destes profissionais, em alguns casos, revela uma fragmentação nas ações, convertendo-se em obstáculo no atendimento das necessidades de saúde dos bebês internados. Se atribui maior valor ao poder de negociação que os profissionais médicos têm dentro da organização hospitalar por serem os únicos que admitem pacientes³³. O debate atual sobre a formação profissional na área da saúde no SUS aponta para a revisão da hegemonia do médico e para as práticas interdisciplinares como

forma de melhorar a qualidade e a integralidade da atenção à saúde^{30,34,35}. Há um estímulo na transformação do ensino que vise à equidade e à qualidade da assistência e que recupere a *dimensão essencial do cuidado: a relação entre os humanos*³².

Os problemas que surgem no cotidiano convocam os profissionais a recriarem sua forma de trabalhar. Tendo o bebê como foco de atuação, o diálogo é apontado como a melhor forma de resolução das situações.

Você tem que escutar e ver o que te compete fazer lá... Enfim, você tem que escutar e tentar resolver, promover o diálogo. (Entrevistado 2)

O ideal é que se converse sobre eles, mas nem sempre é possível, e eu acho que a melhor forma de você resolver mesmo é conversando. (Entrevistado 19)

Além da UTI e da UI, a equipe multiprofissional da UN não costuma utilizar outros espaços para a comunicação. Apenas alguns profissionais, principalmente os da enfermagem, interagem em momentos diferenciados na copa, que é utilizada pela equipe médica e de enfermagem. No entanto, mesmo nesse espaço, a interação ocorre num grupo muito restrito, já que há um revezamento para se ausentarem da UN. Desta forma, o momento no qual estão atuando na unidade é o privilegiado para a comunicação profissional:

O espaço que eu vejo lá é o espaço em que eu vivo, é o espaço do meu horário e que tem os profissionais que estão lá, e nesse espaço a gente vai trocando. (Entrevistado 14)

Eu acho que ela ocorre no curso natural da assistência, não tem um momento. (Entrevistado 23)

A comunicação entre profissionais de diferentes categorias ocorre geralmente de acordo com as situações que surgem no dia a dia. Sá³⁶ apresenta os hospitais como serviços em que a “ética da comunicação” e do “reconhecimento do outro” já é naturalmente frágil. Assim, a percepção do sofrimento dos bebês e de seus familiares gera uma comoção nos profissionais, proporcionando uma identificação entre eles e a mobilização em torno de um objetivo comum. Casos que escapam aos protocolos solicitam um encontro/diálogo entre a equipe.

A característica multiprofissional do trabalho em saúde, ao mesmo tempo, que pode vir a ser uma potência para a construção interdisciplinar, pode contribuir para que a equipe realize ações fragmentadas que não garantem que as demandas assistenciais sejam atendidas na sua complexidade³⁰.

Referências a sentir-se sozinho nos momentos de tomada de decisões, à necessidade de re-

correr àqueles de outras categorias, surgem junto com a qualificação da equipe como pequenos núcleos de profissionais da mesma categoria: de serviço social, de médicos da UTI, de médicos da UI, de enfermagem de determinado plantão noturno ou diurno. Embora já seja uma realidade comum a existência de equipes multiprofissionais nas unidades hospitalares, a sua presença não acarreta necessariamente um trabalho interdisciplinar. Vasconcelos³⁷ diferencia multiprofissionalidade de interdisciplinaridade, indicando que, no primeiro, as atuações profissionais ocorrem de forma isolada e sem cooperação. No segundo, as relações profissionais (e de poder) são mais horizontais, havendo uma reciprocidade entre as diferentes disciplinas, o reconhecimento de uma *problemática comum*, com maior grau de cooperação e valorização dos conhecimentos. Na nossa pesquisa, estivemos diante de uma equipe multiprofissional que algumas vezes, a partir de uma *problemática comum*, gerava ações interdisciplinares.

Miranda et al.³⁸ apontam que a interação entre profissionais depende do reconhecimento dos diferentes pontos de vista e da legitimidade dos mesmos, capazes de evidenciar a necessidade de os profissionais buscarem conhecer suas especificidades discursivas, técnicas, epistemológicas e valorativas.

O contexto da assistência em saúde tem sido marcado pelo predomínio do modelo biomédico e do paradigma positivista, os quais enfatizam o domínio de competências próprias das profissões e aumentam a fronteira entre os grupos³⁰. O conhecimento biomédico não permite conhecer o homem na sua totalidade, sendo necessário rever a prática na formação do profissional de saúde, tendo a integralidade como um dos princípios fundamentais^{39,40}.

No processo de formação profissional o enfoque é voltado para as especificidades de cada profissão, sem demonstrar que a prática na área da saúde é permeada por vários processos de trabalho que se cruzam, se complementam e que podem ser cooperativos e codependentes. Tal cenário torna ainda mais distante a possibilidade de construção da interdisciplinaridade e pode produzir desconforto a uma ação que no cotidiano se desdobra nas interfaces profissionais e aos conflitos derivados da pouca habilidade desenvolvida para a negociação.

A cooperação se entrelaça à realização do trabalho coletivo, porque esse trabalho é fruto da fusão entre a vida profissional e os percursos subjetivos de cada sujeito²¹. Desta forma, Schwartz²¹

aponta a situação de trabalho como algo que se estrutura no que está codificado, mas que remete ao que acontece de inédito e às escolhas feitas por cada um.

A comunicação implica o emprego de princípios e valores que se atualizam no desenvolvimento das práticas em saúde, sendo essa ressignificação realizada de acordo com a escolha individual⁶. Os casos que geram maior mobilização dos profissionais fazem com que alguns deles tenham momentos de encontro e diálogo.

Para Peduzzi⁹, a comunicação é o fator principal para o estabelecimento do trabalho em equipe, com o objetivo de integração das práticas e dos saberes técnicos e da interação entre as diferentes categorias, que têm objetivos, saberes e instrumentos próprios, para atender ao sujeito singular^{8,22}.

O trabalho como uso de si²⁰, das suas capacidades na execução de suas atividades, pode ser uso “por si”, e também “pelos outros”, à medida que o espaço de trabalho seja reconhecido como espaço de negociação. O trabalho isolado repercute na descontinuidade das ações e gera aflições. A estrutura organizacional tradicional dos serviços de saúde reforça o isolamento profissional e reproduz a fragmentação dos processos de trabalho⁴¹. Não havendo um estímulo para que ocorra troca de opiniões entre profissionais da mesma categoria, nem entre os de categorias distintas.

Reconhecer a importância de outros profissionais reforça a noção de pertencimento à equipe. Por outro lado, a ausência de legitimação dos profissionais não médicos fragmenta e dificulta a ação coletiva, podendo ocorrer ainda no espaço de produção de saúde a negação destes profissionais como parceiros³. É importante que a atuação profissional ocorra dentro dos limites de respeito às especificidades e às responsabilidades de cada um³, responsabilidades estas que podem variar de acordo com o contexto social, econômico e político.

Os aspectos relacionais, destacados pelos entrevistados, já são reconhecidos pela literatura sobre trabalho em equipe: trabalhar junto, reconhecimento do outro, profissionais com objetivos comuns, responsabilidade, comprometimento, diálogo, solidariedade, cooperação^{7,8,10,21}. Acrescentamos que nessas relações pode haver a circulação de bens simbólicos que conformam o vínculo social⁴².

A realização de trabalho em serviços requer uma relativa autonomia devido à imprevisibilidade que envolve o encontro com o outro³³. Assim, todos os profissionais de saúde revelam uma

“autonomia razoável” para realizar uma síntese entre as normas e os casos singulares que se apresentam no cotidiano.

Reconhecer a importância da atuação e da autonomia técnica dos profissionais de diferentes categorias torna-se urgente para que cada um assuma sua responsabilidade, tornando o cuidado mais eficiente, mas entendendo essa autonomia não como independência, mas sim como relacionamento em rede e gerenciamento de dependências que garantam nossa existência^{43,44}.

O entendimento de que existe uma diferença entre “estar junto” e “funcionar com” ou “através das equipes”⁴³ pode ser um dos eixos que derivam das perspectivas apresentadas pelos entrevistados. No encontro informal que se dá no espaço de trabalho é possível reconhecer indicativos de um trabalho “em equipe”, com discussões que possibilitam encontro e diálogos que favoreçam não só o trabalho, mas o relaxamento das relações. Decisões podem ocorrer quando o ambiente consegue reunir trabalho e prazer. Existe uma idealização do trabalho “em equipe” ou “através das equipes” como algo inalcançável, muito formal, mas com regras que certamente serão compreendidas e acionadas por todos.

Conclusão

A formação profissional não prepara os indivíduos para lidar com os aspectos relacionais que acionam encontros e o trabalho em equipe. O conhecimento da função definido pela formação pode levar a uma especialização que também aparece entre os fatores que tornam o atendimento fragmentado quando é associada à setorização profissional, à arquitetura hospitalar e à subordinação dos profissionais à hierarquia entre as especialidades, comprometendo a construção de um trabalho em equipe, consequentemente, a qualidade da assistência prestada.

O espaço de trabalho aparece como um lugar de disputa e de luta por reconhecimento, o que nos leva ao ponto inicial: que as normas por si só não geram um trabalho coletivo, mas sim sentimentos de compromisso, solidariedade, responsabilidade e experiência que são valores que não

estão dados *a priori* e que se revelam na relação com o outro.

Ainda que seja necessário reformular a formação profissional voltando-a para o aprendizado da integração entre as disciplinas, apenas a mudança neste âmbito não garante as condições necessárias para que o trabalho ocorra integrado. A atenção à saúde está marcada pela imprevisibilidade, em função da impossibilidade de se definir com quem cada profissional irá interagir e quem fará parte da equipe de trabalho.

O trabalho em equipe não se reduz a um conjunto de profissões, ou seja, à multiprofissionalidade. Contam como indicativos para a identificação de uma equipe interdisciplinar: reconhecimento do outro, encontro dialogado, cooperação, valorização do conhecimento técnico do outro, relações mais horizontais e menos desgastantes, trabalho coeso em torno de um objeto comum.

Um indicador importante para a demarcação da equipe se dá em relação à sua permanência temporal e espacial, estando a identificação com o serviço associada ao sentido de pertencimento ao grupo.

O trabalho coletivo demanda o engajamento do sujeito, considerando o ambiente de trabalho como seu ambiente, pois isto gera nele maior mobilização de suas habilidades técnicas e interacionais para a resolução de problemas. No cotidiano se formam várias equipes: uma por identificações, partindo da própria corporação; outra pelo plantão; e outra ainda pela identidade direta no sentido de permanência e pertencimento ao ambiente da UN.

Na atenção neonatal, além da alta capacidade tecnológica e da especialização que este serviço requer, coloca-se o perfil da população-alvo na ação neste segmento – recém-nascidos, que dependem exclusivamente da tradução de suas necessidades, e seus familiares, mergulhados em pensamentos aflitos, todos *a priori* num lugar desconhecido.

Neste ambiente, as negociações, os limites da autonomia, as noções de pertencimento e o reconhecimento do outro, indispensáveis para a construção do trabalho em equipe, assumem aspecto positivo quando o modo de atendimento está voltado para a lógica orientada pelas necessidades de saúde dos sujeitos-bebês.

Colaboradores

EM Silva conduziu a pesquisa de campo e a redação do artigo, a partir da dissertação de mestrado. MCN Moreira orientou a dissertação de mestrado e foi corresponsável pela redação, revisão e análise do artigo.

Referências

1. Barros MEB, Mori ME, Bastos SS. O desafio da humanização dos/nos processos de trabalho em saúde: O dispositivo “Programa de Formação em Saúde e Trabalho/PFST”. In: Santos-Filho SB, Barros MEB, organizadores. *Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí; 2007. p. 99-121.
2. Barros RB, Barros MEB. Da dor ao prazer no trabalho. In: Santos-Filho SB, Barros, MEB, organizadores. *Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí; 2007. p. 61-71.
3. 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, Mattos RA, Barros MEB, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco; 2007. p. 53-72.
4. Bonet O. A Equipe de Saúde como um Sistema Cibernético. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, Abrasco; 2005. p. 117-128.
5. Lacaz FAC, Sato L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: Deslandes SF, organizador. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006. p. 109-139.
6. Louzada APF, Bonaldi C, Barros MEB. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: Pinheiro R, Mattos RA, Barros MEB, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS, CEPESC, Abrasco; 2007. p. 37-52.
7. Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Ed. Hucitec; 2007. p. 15-35.
8. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publica* 2001; 35(1):103-109.
9. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Mattos RA, Barros MEB, organizadores. *Trabalho em Equipe sob o Eixo da Integralidade*. Rio de Janeiro: IMS, CEPESC, Abrasco; 2007. p. 161-177.
10. Pinho MCG. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências & Cognição* 2006; 8:68-87.
11. Rollo AA. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo “globalizado”? In: Santos-Filho SB, Barros MEB, organizadores. *Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí; 2007. p. 19-59.
12. Vieira M, Chinelli F. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. *Cien Saude Colet* 2013; 18(6):1591-1600.

13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização – a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: MS; 2004.
14. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface (Botucatu)* 2005; 9(17):389-394.
15. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Cien Saude Colet* 2004; 9(1):7-14.
16. Deslandes SF, Mitre RMA. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface (Botucatu)* 2009; 13 (Supl. 1):641-649.
17. Nogueira-Martins MCF. Humanização na Saúde. *Revista Ser Médico* 2002; 5(18):27-29.
18. Souza WS, Moreira MCN. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. *Interface (Botucatu)* 2008; 12(25):327-338.
19. Santos-Filho SB. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do humaniza SUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: Santos-Filho SB, Barros MEB, organizadores. *Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí; 2007. p. 73-96.
20. Schwartz Y. Trabalho e uso de si. *Pro-Posições* 2000; 5(32):34-50.
21. Schwartz Y. Uso de si e competência. Texto anexo ao capítulo 7. In: Schwartz Y, Durrive L, organizadores. *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: Eduff; 2007.
22. Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. Introdução. In: Pinheiro R, Mattos RA, Barros MEB, organizadores. *Trabalho em Equipe sob o Eixo da Integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, Abrasco; 2007. p. 9-17.
23. Schwartz Y. Entrevista: Yves Schwartz. *Trabalho, Educação e Saúde* 2006; 4(2):457-466.
24. Silva EM. *Construção do trabalho em equipe: um estudo no âmbito da atenção neonatal* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
25. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2006.
26. Velho G. Observando o Familiar. In: Velho G. *Individualismo e Cultura: Notas para uma Antropologia da Sociedade Contemporânea*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora; 1987. p. 121-132.
27. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica* 2011; 27(2):388-394.
28. Campos GWS. Apresentação. In: Santos-Filho SB, Barros MEB, organizadores. *Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí; 2007. p. 11-15.
29. Filho FL. A equipe da UTI neonatal. In: Moreira MEL, Braga NA, Morsch DS, organizadores. *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 107-116.
30. Scherer MDA, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev Saude Publica* 2009; 43(4):721-725.
31. Peduzzi M. Arranjos e dispositivos de cogestão: espaços coletivos, função coordenação equipe/serviço e apoio institucional. In: 2º Seminário Nacional de Humanização; 06 ago 2009; Brasília, Brasil.
32. Pereira SMP, Cardoso A. *Neonatalogia além da UTIN. As Experiências das Famílias com a Prematuridade – Narrativas Clínicas*. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2012.
33. Ribeiro JM, Schraiber LB. A autonomia e o trabalho em medicina. *Cad Saude Publica* 1994; 10(2):190-199.
34. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial n.º 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. *Diário Oficial da União* 2005; 4 nov.
35. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Educação (MEC). *Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
36. Sá MC. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(Supl. 1):651-664.
37. Vasconcelos EM. Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. *Rev Serviço Social e Sociedade* 1997; 18(54):132-157.
38. Miranda L, Rivera FJU, Artmann E. Trabalho em equipe interdisciplinar de saúde como um espaço de reconhecimento: contribuições da teoria de Axel Honneth. *Physis* 2012; 22(2):1563-1568.
39. Heckert ALC, Neves CEAB. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção do coletivo. In: Mattos RA, Barros MEB, Pinheiro R, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: UERJ, Abrasco; 2007. Vol. 1. p. 145-160.
40. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2): 335-342.
41. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cien Saude Colet* 1999; 4(2):393-403.
42. Martins PH. *Contra a Desumanização da Medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis: Vozes; 2003.
43. Moreira MCN. *Uma Cartografia dos Dispositivos Institucionais de Humanização da Atenção à Saúde Infanto-Juvenil em Ambientes Hospitalares: um enfoque a partir do processo de trabalho e do associativismo em saúde* [relatório de pesquisa CNPQ]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
44. Soares JCRS, Camargo Júnior KR. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface (Botucatu)* 2007; 11(21):65-78.

Artigo apresentado em 24/07/2014

Aprovado em 28/05/2015

Versão final apresentada em 30/05/2015