

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE
SERGIPE - FANESE
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA EM SERVIÇOS E SISTEMAS
DE SAÚDE**

MARISE MONTEIRO DA CUNHA

**REABILITAÇÃO FÍSICA EM SAÚDE: prós e contras de
uma equipe multiprofissional**

**Aracaju – SE
2008**

MARISE MONTEIRO DA CUNHA

**REABILITAÇÃO FÍSICA EM SAÚDE: prós e contras de
uma equipe multiprofissional**

**Monografia apresentada ao Núcleo
de Pós-Graduação e Extensão da
FANESE, como requisito para
obtenção do título de Especialista
em Auditoria em Serviços e
Sistemas de Saúde**

Orientador: Gisélia Varela

**Aracaju – SE
2008**

Cunha, Marise Monteiro da
Reabilitação Física em Saúde: prós e contra de
uma equipe multiprofissional / Marise Monteiro da
Cunha. – 2008.

35 f.

Monografia (pós-graduação) – Faculdade de
Administração e Negócios de Sergipe, 2008.

Orientação: M. Sc. Gisélia Varela e Silva

1. Saúde 2. Reabilitação 3. Equipe
Multiprofissional I. Título

CDU 615.8-056.26

MARISE MONTEIRO DA CUNHA

**REABILITAÇÃO FÍSICA EM SAÚDE: prós e contras de
uma equipe multiprofissional**

**Monografia apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação e Extensão
– NPGE, da Faculdade de Administração de Negócios de Sergipe – FANESE,
como requisito para a obtenção do título de Especialista em Auditoria em
Serviços e Sistemas de Saúde.**

Profª. M.Sc. Gisélia Maria Varela e Silva

Cristina Maria Falcão Teti

Marise Monteiro da Cunha

Aprovado (a) com média: _____

Aracaju (SE), ____ de _____ de 2008.

Dedico este trabalho aos meus pais
e todas as pessoas que fazem parte
da minha vida e me ajudam a
buscar a felicidade.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo dom da vida e por iluminar meus caminhos.

Aos meus pais, Luiz e Marta, pela dedicação, amor e confiança que sempre estiveram presentes em minha existência.

Aos meus queridos irmãos, Alexandre e Ricardo, pela convivência e aprendizado diário sobre a prática da essência da vida.

Aos meus verdadeiros amigos, tias, primos, avó, afilhados, que sempre estiveram presentes em minhas conquistas.

A minha orientadora, Gisélia, pela paciência, apoio e dedicação.

Aos meus colegas de profissão e de trabalho, pela lição diária de tolerância, compaixão e dedicação.

Aos seres "humanos" que tive a oportunidade de conhecer, meus pacientes, que me ensinaram a viver com esperança.

Muito obrigada!

**“As realizações dos homens
tornam-se mais notáveis
quando se leva em conta as
limitações sob as quais
trabalham”**

(Thornton Wilder)

RESUMO

A necessidade de ações variadas e conjuntas de saúde para atender a crescente demanda de lesões e patologias incapacitantes, mostra a necessidade de serviços de assistência à saúde nas suas diversas vertentes. A saúde atualmente é definida não somente pela ausência de doença, mas pelo completo bem-estar físico, mental e social, envolvendo aspectos biológicos (fisiológicos e psicológicos) e da sociedade (social e cultural). Desta forma, a necessidade do trabalho em equipe multiprofissional faz-se relevante e imprescindível para alcançar a verdadeira assistência em saúde. As evidências das vantagens da atuação de equipes multiprofissionais são concretas, visto que a formação do vínculo do paciente com os profissionais da equipe favorecem o acompanhamento, aceitação, participação e eficácia do tratamento proposto. Apesar das comprovações da importância deste processo de trabalho, existem diversos obstáculos para que a integralidade das ações de saúde e a interação entre os profissionais atuantes sejam concretizadas no projeto assistencial comum. Assim, a necessidade de organização, tolerância às iniciativas individuais ou coletivas, cumprimento das relações hierárquicas e de regras técnicas específicas, permeiam a atuação dessas equipes que visam, principalmente o direito à saúde no seu contexto mais completo.

Palavras-chave: Saúde. Reabilitação. Equipe multiprofissional.

ABSTRACT

The necessity of varied and joint actions of health to attend the growing demand of injuries and pathologies incapacitantes, shows the necessity of services of presence to health in his several slopes. The health at present is defined not only by the absence of disease, but by the complete physical, mental and social well-being, wrapping biological aspects (physiologic and psychological) and of the society (social and cultural). In this way, the necessity of the work in multiprofessional team is made relevant and essential to reach the true presence in health. The evidences of the advantages of the acting of multiprofessional teams are concrete, since the formation of the bond of the patient with the professionals of the team they favor the attendance, acceptance, participation and efficiency of the proposed treatment. In spite of the proofs of the importance of this process of work, there are several obstacles so that the integralidade of the actions of health and the interaction between the active professionals are made real in the project assistencial commonly. So, the necessity of organization, tolerance to the individual or collective initiatives, fulfilment of the hierarchical relations and of technical specific rules, they permeate the acting of these teams who aim, principally the right to the health in his most complete context.

key words: Health. Rehabilitation. Multiprofessional team.

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
1 INTRODUÇÃO	08
2 QUESTÕES LEGAIS DA SAÚDE	11
2.1 SAÚDE - Contextualização histórica.....	11
2.2 Aspectos legais das questões básicas de saúde	13
2.3 A Reabilitação.....	15
3 EQUIPE PROFISSIONAL DE REABILITAÇÃO	18
3.1 Assistente Social.....	18
3.2 Enfermeiro.....	19
3.3 Fisioterapeuta.....	19
3.4 Fonoaudiólogo.....	20
3.5 Médico.....	20
3.6 Nutricionista.....	21
3.7 Psicólogo.....	21
3.8 Terapeuta Ocupacional.....	22
4 O TRABALHO EM EQUIPES – LIMITES E OPORTUNIDADES	23
4.1 Equipe X Grupo.....	23
4.2 Relacionamentos Pessoais.....	24
4.3 Prós e contras do trabalho multiprofissional em Reabilitação.....	25
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

O crescente aumento das lesões e patologias incapacitantes em todo o mundo, cria uma realidade de pessoas com seqüelas e incapacidades múltiplas e complexas, necessitando, conseqüentemente de ações diversas dos serviços de saúde. Tal necessidade de readquirir ou descobrir novas habilidades – Reabilitação – exige a atuação de diversos profissionais dentro de uma lógica de equipe baseada na integralidade das ações e interação entre os profissionais envolvidos. As equipes de Reabilitação física geralmente são compostas por profissionais como médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas, e tantos outros profissionais quanto a demanda do serviço de saúde necessitar. A necessidade de complementaridade e interdependência entre os profissionais esbarra em diversas dificuldades do processo de trabalho, dentre elas a falta de conscientização e formação dos profissionais de saúde sobre a necessidade do trabalho em equipe. Vale ressaltar que a saúde abrange aspectos sociais, biológicos, culturais e psicológicos, reforçando assim a necessidade de superação das dificuldades encontradas no trabalho em equipe, visando promover uma verdadeira assistência em saúde.

Este trabalho tem por objetivo identificar aspectos positivos e negativos nas relações profissionais numa equipe de Reabilitação física, visando melhorar a assistência em saúde, destacando especificamente: o conhecimento da equipe envolvida inserida no serviço, a descrição das ações profissionais de cada membro da equipe de Reabilitação, a demonstração dos conflitos entre os profissionais envolvidos, a constatação da importância de cada profissional dentro do processo de trabalho em Reabilitação e a verificação dos aspectos profissionais dentro da saúde.

A importância do trabalho em equipe em Reabilitação refere-se, principalmente à otimização dos recursos profissionais, além da redução de seqüelas e complicações nos pacientes, bem como a redução do período de tratamento, refletindo numa melhora dos resultados do tratamento. A existência de poucos serviços de Reabilitação, proporcionalmente, e a escassez de pesquisas nesta área reforçam a necessidade de abordagem deste tema. As relações interpessoais dentro da equipe interferem diretamente na assistência prestada, auxiliando ou dificultando o alcance dos objetivos do tratamento, tanto para os profissionais envolvidos, como para o próprio paciente.

Este estudo está definido como pesquisa bibliográfica por abranger leitura, análise e interpretação de livros, textos, artigos científicos dentre outros materiais escritos, com o objetivo de conhecer as diferentes contribuições científicas disponíveis sobre a integração multiprofissional em Reabilitação. Por ser ainda pouco estudado e ser um tema atual, podemos classificá-lo como pesquisa exploratória, além de ser, também qualitativa devido às descrições, comparações e interpretações.

A presente pesquisa retrata as vantagens e dificuldades do trabalho em equipe multiprofissional em Reabilitação Física.

O estudo retrata as publicações sobre trabalho em equipe multiprofissional, desde a concepção de Saúde, passando pelas atribuições dos profissionais componentes da equipe de Reabilitação física, até a interação desses agentes.

A Fundamentação teórica está assim subdividida: primeiramente entender o que é Saúde, com seu histórico, definições e variáveis. No segundo capítulo foi apresentada a conceituação sobre Reabilitação e diferenciação de fisioterapia ou outras modalidades terapêuticas. Definir trabalho em equipe e equipe multiprofissional. Entender as relações dos profissionais da equipe.

Este estudo retrata a concreta necessidade de conscientização e entendimento dos profissionais de saúde sobre as necessidades do paciente, não apenas sob o aspecto fisiológico, mas diante da complexidade do ser humano em seu contexto biopsicossocial.

2 QUESTÕES LEGAIS DA SAÚDE

2.1 SAÚDE - Contextualização histórica

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o conceito de saúde refere-se a “um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença”. Atualmente, essa definição, encontra-se irreal, ultrapassada e contraditória, uma vez que as políticas em saúde e a própria formação dos profissionais sempre colocam a prioridade no controle da morbidade e mortalidade (SEGRE & FERRAZ, 1997). Recentemente há uma crescente preocupação não só com a frequência e a severidade das doenças, como também com a avaliação de medidas de impacto da doença e comprometimento das atividades diárias, medidas de percepção da saúde e medida de disfunção/*status* funcional (FLECK, 2000).

Em 1945, na Conferência de São Francisco, ao ser elaborada a Carta das Nações Unidas, foi destacada a Saúde como condição indispensável ao estabelecimento da paz mundial, sendo necessária a criação de uma organização internacional de saúde. Assim, em 1946, reuniu-se em Nova Iorque uma conferência internacional de saúde que estabeleceu a Constituição da Organização Mundial de Saúde, que entraria em vigor quando assinada por 26 países das Nações Unidas. Esta constituição foi logo ratificada por 61 países e, em 1948, no dia 7 de abril, a OMS começou oficialmente a existir. Em junho de 1948, houve a primeira reunião da Assembléia Mundial da Saúde e a OMS absorveu as precedentes organizações sanitárias internacionais, das quais o Bureau Sanitaire Panamerican manteve a designação e passou a desempenhar o papel de Bureau regional da OMS para as Américas. Atualmente todos os países do mundo, incluindo a República Popular da China, fazem parte da OMS. (FERREIRA, 1990).

A Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo

político, de condição econômica ou social”, e que “os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas”. No relatório mundial da Saúde de 2006, como uma das atividades de comemoração do Dia Mundial da Saúde, a OMS lançou o Relatório Mundial da Saúde 2006, Trabalhando juntos pela saúde, que revela uma defasagem de 4,3 milhões de profissionais de saúde no mundo, especialmente onde há mais necessidade, em razão da migração desses profissionais para os países desenvolvidos, na busca de melhores condições de vida (www.who.int).

O primeiro Código Sanitário brasileiro nasce nos fins do século XIX, período de marcado por grandes transformações na sociedade como a introdução do trabalho livre, a República, a imigração e o crescimento vertiginoso das cidades paulistas ligadas à exportação do café, que gerando modernidade e nova estrutura de necessidades, junto emergindo outra saúde pública. Dos tempos de Emílio Ribas (1862-1925) ao regime militar (1964-1985), o Código Sanitário brasileiro tratava-se de um conjunto de leis e decretos que vieram se acumulando durante um século e mantinha uma característica comum: a noção de política sanitária.

Nota de rodapé

¹ Estado de Bem-Estar Social ou Estado-providência (Welfare State) é um tipo de organização política e econômica que coloca o Estado (nação) como agente da promoção (protetor e defensor) social e organizador da economia. Nesta orientação, o Estado é o agente regulamentador de toda vida e saúde social, política e econômica do país em parceria com sindicatos e empresas privadas, em níveis diferentes, de acordo com a nação em questão. Cabe ao Estado do Bem-Estar Social garantir serviços públicos e proteção à população (SCHUMPETER, 1908).

² O Estado Liberal apresenta-se como desdobramento lógico da separação entre o público e o privado ou pessoal. A revolução da burguesia transformou radicalmente a sociedade feudal na Europa, exigindo uma nova forma de Estado, que rompeu com a ordem hierárquica das corporações, dos laços sanguíneos e dos privilégios e criou uma estrutura de poder político capaz de manter e ampliar suas conquistas. Em 1787 foi aprovada a primeira constituição liberal que tinha como princípios a liberdade, a igualdade e a fraternidade, lema da Revolução Francesa de 1789 (ASSIER-ANDRIEU, 2000).

A idéia do direito à saúde nasce no Estado de Bem-Estar Social ¹. No Estado Liberal ² não existia qualquer preocupação com as questões sociais, uma vez que o mesmo resolveria todos os problemas, inclusive aqueles relacionados ao acesso da população aos serviços de saúde. O Direito Constitucional surgiu com o estabelecimento de um sentido negativo, visto que ele foi fruto da preocupação com a limitação do poder do soberano e o estabelecimento de direito político e não por uma preocupação de ordem social (SILVA, 2005).

Em junho de 1948, houve a primeira reunião da Assembléia Mundial da Saúde e a OMS absorveu as precedentes organizações sanitárias internacionais, das quais o Bureau Sanitaire Panamerican manteve a designação e passou a desempenhar o papel de Bureau regional da OMS para as Américas. Atualmente todos os países do mundo, incluindo a República Popular da China, fazem parte da OMS (FERREIRA, 1990).

2.2 Aspectos Legais das Questões Básicas da Saúde

A saúde como direito universal vinculada à idéia do Estado de Bem-Estar Social (Welfare State), é considerada um direito de terceira geração, também chamados de direitos de solidariedade ou de fraternidade, são aqueles pertencentes à coletividade, e não a um indivíduo unicamente e sim a todos – direitos difusos – ou a uma parcela deles – direitos coletivos. Como exemplos desses direitos temos o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado (art. 225 da Constituição Federal de 1988), o direito à saúde, o direito do consumidor (FAGUNDES & CAGGIANO, 2002).

A Constituição brasileira de 1988, num ato de equilíbrio e justiça, instituiu que o direito à saúde passaria a ser universal, acabando assim, com a discriminação que garantia atendimento, sob o aspecto legal, somente a quem estivesse devidamente registrado no mercado formal de trabalho, e os demais cidadãos eram considerados indigentes (GOUVEIA, 2000).

Conforme estabelecido no art. 196 da Constituição Federal Brasileira:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (SILVA, 2005, p20)

A Constituição Federal assevera (art. 199) que a “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. Tal atuação poderá se dar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde – SUS, segundo diretrizes desse, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, ou então a iniciativa privada poderá atuar diretamente, sem vinculação ao SUS. A iniciativa privada pode também atuar no setor de planos ou seguros privados de assistência à saúde, além das formas tradicionais de participação (consultórios, laboratórios, clínicas, hospitais). Vale ressaltar que mesmo quando a iniciativa privada atua de forma desvinculada do SUS, está obrigada a respeitar as normas emanadas pelo poder público, segundo o art. 197 da Constituição Federal que diz:

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita por pessoa física ou jurídica de direito privado (SILVA, 2005, p23).

Para Poser et al (1996), importância da Reabilitação começou a ser observada a partir da I Guerra Mundial, devido a necessidade de tratamento de centenas de soldados feridos.

Durante este período, Kurt Goldstein e Walter Popperlreuter, que criaram instituições de reabilitação e iniciaram a estruturação de uma metodologia de tratamento, através de técnicas como a compensação ou terapia substitutiva. Com a reabilitação de soldados feridos Luria também trabalhou e formulou conceitos de avaliação e reabilitação. Atualmente presente nas discussões e propostas em reabilitação, a autora inglesa Bárbara Wilson tem demonstrado uma imensa preocupação com os aspectos funcionais da reabilitação, isto é, uma preocupação maior com a técnica mais adequada à incapacidade do indivíduo (ANDRADE, 2004).

2.3 A Reabilitação

Segundo a ONU, através do Programa Mundial para Pessoas com Deficiência, REABILITAÇÃO é:

um processo de duração limitada e com o objetivo definido, com vista a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental e/ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a sua própria vida. Pode compreender medidas com vista a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional, como ajudas técnicas e outras medidas para facilitar ajustes ou reajustes sociais (www.who.int).

Geralmente é considerada a terceira fase da intervenção na área de saúde na luta contra a doença e seus efeitos, após a prevenção e o tratamento. Constitui o conjunto de meios que permitem a restauração das pessoas com alguma deficiência, temporária ou permanente, de forma a dar-lhes possibilidade de utilizarem o máximo de capacidade física, mental, social, vocacional e econômica de que são capazes (FERREIRA, 1990).

De acordo com o Ministério da Saúde, a definição de deficiência física trata-se de qualquer alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos humano, acarretando o comprometimento da função física, congênita ou adquirida, exceto deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de suas funções (decreto nº 5.296, de 2004) (www.saude.gov.br).

As alterações ou mesmo a suspensão dos papéis sociais decorrentes das doenças agudas, dentro de um período determinado de tempo, é geralmente aceito pelo grupo – família, trabalho, escola e outros, diferentemente do que ocorre com as doenças crônicas, especialmente as incapacitantes. A permanência das limitações leva à necessidade de adaptações e alterações múltiplas nos

papéis sociais, bem mais complexos em sua administração e aceitação tanto pelo paciente como pelos membros dos seus grupos sociais. A perda ou o prejuízo das funções físicas está relacionado ao caráter de continuidade do problema, capaz de causar desvantagens, incapacidades ou mesmo a impossibilidade de executar um papel anteriormente desempenhado pelo paciente (OMS, 1980).

A administração global das conseqüências da lesão sofrida pelo paciente, tem sido o enfoque atual da reabilitação nos últimos anos, além da constante busca da integração entre as diversas áreas da saúde, uma vez que as conseqüências da doença atingem não somente o paciente, as relações sociais a que ele pertence.

Segundo Enderbby (2002), a expansão da reabilitação vem ocorrendo devido, principalmente, a gradativa consideração da dimensão social das incapacidades do paciente e ao reconhecimento da contribuição do trabalho em equipe dos profissionais das áreas de saúde.

O conceito abrangente de reabilitação envolve o modelo interdisciplinar com enfoque primordial para o alcance do bem-estar geral do paciente, a promoção da saúde e a melhora da qualidade de vida dentro de possibilidades realísticas (ANDRADE, 2004).

As estatísticas sobre Reabilitação praticamente são inexistentes. Segundo estimativas da Organização das Nações Unidas, qualquer país em tempos de paz apresenta 10% de sua população com grau maior ou menor de incapacidade. Assim, cerca de 15 milhões de brasileiros necessitam de cuidados de Reabilitação. Desta forma, temos um grave problema social, que além das implicações de ordem pessoal familiar da patologia incapacitante, a sociedade é atingida pelos encargos econômicos que deve assumir para suprir as necessidades do indivíduo incapaz de ser auto-suficiente, e que necessita do amparo da Previdência Social.

O grande objetivo da Medicina de Reabilitação em todas as suas áreas de atuação é o retorno do indivíduo às suas condições anteriores à pré-incapacidade,

permitindo a recuperação de seu papel e status dentro da família e da comunidade, ou seja, a sua Reabilitação (LIANZA, 1995).

O objetivo final da reabilitação deve ser a integração social, visto que os efeitos mais “patogênicos” das deficiências são o isolamento social e a marginalização (PINKUS, 1988).

3 EQUIPE PROFISSIONAL DA REABILITAÇÃO

De acordo com a definição de assistência em Reabilitação que diz tratar-se de “terapia realizada para reabilitar os pacientes no desenvolvimento de sua capacidade funcional dentro de suas limitações”, a abordagem multiprofissional e interdisciplinar torna-se imprescindível para a assistência necessária ao paciente, devendo ser prestada por equipe constituída de profissionais de especialidades diferentes, que desenvolvem processo terapêutico centrado em objetivos hierarquizados visando recuperar ou minimizar as limitações e incapacidades decorrentes de determinadas patologias ou lesões (www.saude.gov.br).

3.1 Assistente Social

De acordo com o Código de Ética do Assistente Social, este profissional deve contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais, garantindo a plena informação e discussão sobre as possibilidades e conseqüências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos profissionais, resguardando os princípios do Código de ética profissional.

Cabe ainda ao Assistente Social democratizar informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional (como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários), devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos usuários, no sentido de que estes possam usá-los para o fortalecimento de seus interesses além de informar à população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social e as suas conclusões, resguardando o sigilo profissional. Tais atribuições servem para contribuir na criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os usuários, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados.

Deve-se, também, esclarecer aos usuários, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional. Neste aspecto, e em relação a

outros profissionais, o Assistente Social deve incentivar a prática profissional interdisciplinar e respeitar as normas e princípios éticos das outras profissões.

No entanto, é vedado intervir na prestação de serviços que estejam sendo efetuados por outro profissional (salvo a pedido desse profissional) em caso de urgência, seguido da imediata comunicação ao profissional ou quando se tratar de trabalho multiprofissional e a intervenção fizer parte da metodologia adotada (www.cfess.org.br).

3.2 Enfermeiro

A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais.

O profissional enfermeiro tem como alguns dos seus principais deveres a prestação de assistência de Enfermagem à clientela, sem discriminação de qualquer natureza, além de colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento do cliente e família sobre o seu estado de saúde e tratamento, possíveis benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer, bem como tratar os colegas e outros profissionais com respeito e consideração (www.portalcofen.gov.br).

3.3 Fisioterapeuta

A Fisioterapia é definida como

A ciência da saúde voltada ao estudo, prevenção e tratamento dos distúrbios cinéticos funcionais de órgãos e sistemas do corpo humano, atuando na recuperação das funções do corpo humano e, também, na prevenção de muitas doenças.

Sua atuação nos centros de reabilitação objetiva avaliar o estado funcional do cliente, a partir da identidade da patologia clínica intercorrente, de exames laboratoriais e de imagens, da anamnese funcional e do exame da cinesia, da funcionalidade e do sinergismo das estruturas anatômicas envolvidas, além de

desenvolver atividades, de forma harmônica na equipe multidisciplinar de saúde. O fisioterapeuta deve zelar pela autonomia científica de cada um dos membros da equipe multiprofissional, não abdicando da isonomia nas classes profissionais. Deve, ainda, integrar a equipe multidisciplinar, com participação plena na atenção de saúde prestada a cada cliente, na integração das ações multiprofissionalizadas, na sua resolutividade e na deliberação da alta do cliente (www.coffito.org.br).

3.4 Fonoaudiólogo

A Fonoaudiologia é definida como:

Ciência que atua em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia do aparelho fonador, auditivo e motor, atuando, portanto, nas áreas de comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como no aperfeiçoamento dos padrões da fala e da voz.

O fonoaudiólogo, além de atuar especificamente em suas atribuições técnicas específicas para promoção da saúde, deve colaborar, sempre que possível, em campanhas que visem o bem-estar da coletividade, além de recorrer a outros profissionais, visando a integralidade do atendimento (www.fonoaudiologia.org.br).

3.5 Médico

A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

Cabe ao profissional médico manter absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente, nunca utilizando-se dos seus conhecimentos para gerar constrangimentos ou sofrimentos físicos ou morais ao ser humano. Deve, ainda, manter para com seus colegas e demais membros da equipe de saúde o respeito, a solidariedade e a consideração, sem no entanto eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos (www.portalmedico.org.br).

3.6 Nutricionista

Nutrição pode ser definida como:

Ciência que estuda os alimentos e suas relações com a saúde, o valor nutritivo dos alimentos, o metabolismo, o equilíbrio das dietas e os fatores que interferem na saúde, os quais podem ser sociais, psicológicos, culturais e econômicos.

O profissional em Nutrição deve encaminhar aos profissionais habilitados os indivíduos sob sua responsabilidade profissional, quando identificar que as atividades demandadas para a respectiva assistência fujam às suas atribuições. Deve ainda, fornecer informações sobre o estado nutricional de indivíduos, que estejam sob sua responsabilidade profissional, a outros profissionais da área de saúde que lhes esteja assistindo ou irá prosseguir na assistência, além de ser solidário com outros profissionais sem, contudo, eximir-se dos deveres e responsabilidades que decorrem do Código de ética profissional (www.cfn.org.br).

3.7 Psicólogo

Conceitua-se Psicologia como a “ciência que estuda os processos mentais (sentimentos, pensamentos, razão) e o comportamento humano e animal”. Apresenta como alguns deveres o respeito, consideração e solidariedade para com o trabalho dos psicólogos e de outros profissionais, colaborando com estes, quando solicitado, salvo impedimento por motivo relevante. Deverá encaminhar aos profissionais ou entidades habilitadas e qualificadas, demandas que extrapolem seu campo de atuação. O psicólogo poderá intervir na prestação de serviços psicológicos que estejam sendo efetuados por outro profissional, quando se tratar de trabalho multiprofissional e a intervenção fizer parte da metodologia adotada (www.cfp.org.br).

3.8 Terapeuta Ocupacional

Segundo Pattison (1922) a Terapia Ocupacional foi definida como “qualquer atividade mental ou física, especificamente prescrita e orientada com o objetivo de contribuir e apressar a recuperação de doença ou lesão”.

Pode também ser definida como um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, na educação e na esfera social que reúne tecnologia para a emancipação e autonomia de pessoas que apresentam, por razões ligadas a problemáticas específicas (sensoriais, psicológicas, mentais ou sociais), temporária ou definitivamente, dificuldades na inserção à vida social. Tais intervenções dimensionam-se pelo uso de atividades, elemento centralizador e orientador, complexas e contextualizadas do processo terapêutico. O Terapeuta Ocupacional seleciona, analisa e adapta a atividade a cada indivíduo e situação, dividindo-a em fases, observando e determinando os aspectos motores, psíquicos, sensório-perceptivos, socioculturais, cognitivos e funcionais necessários à realização da mesma (www.coffito.org.br).

4 O TRABALHO EM EQUIPES – LIMITES E OPORTUNIDADES

4.1 Equipe X Grupo

Geralmente confusa, a definição de “grupo” apresenta conotações variadas, nas diversas áreas do conhecimento. (PIERI, 2002). Às vezes, tal conceito está associado à idéia de adaptação ao coletivo (MENDES, 2005). Entende-se grupo, também, como “várias pessoas que executam juntas uma tarefa que requer a sua cooperação” (MILES, 1959).

A definição de “equipe” refere-se a “um conjunto ou grupo de pessoas que se aplicam a uma tarefa ou trabalho”. A integração indivíduo-organização marca o sentido de equipe, evidenciada pela adesão espontânea do trabalhador aos compromissos e metas da empresa, e não pela imposição de valores ou de procedimentos. Para a existência da equipe é necessário que todos os envolvidos conheçam os objetivos, estejam cientes da necessidade de alcançá-los e desenvolvam uma visão crítica a respeito do desempenho de cada um e do grupo como um todo (RODRIGUES, MELHADO & KRITZ, 1996).

No trabalho em equipe os principais objetivos relacionados ao paciente são a promoção da adesão ao tratamento, ampliação da consciência sobre a sua patologia, desenvolvimento maior da capacidade de assimilação das informações, ampliação da capacidade adaptativa, estimulação da percepção de sua responsabilidade sobre seu tratamento, dentre outros.

Quanto aos profissionais de saúde pertencentes à equipe de trabalho, deve-se trabalhar a relação equipe-paciente e as questões da comunicação com a instituição, a integração dos profissionais de saúde, promovendo a interdisciplinaridade, a ampliação da capacidade crítica aos modelos anatomoclínicos em relação aos modelos centrados no homem e a ampliação da personalização nas relações equipe-paciente e equipe-equipe.

Sobre a relação com a instituição/serviço de saúde é fundamental permitir a ampliação da capacidade de atendimento visando sempre a qualidade, diminuir os

custos dos serviços, oferecer campo de treinamento de excelência, devido à multidisciplinaridade e valorização do indivíduo (FILHO, 2000).

O trabalho em equipe torna-se gratificante, tanto pela troca e atravessamentos dos conhecimentos, como pela possibilidade de constituirmos um espaço onde podemos dividir as nossas angústias e fazermos reflexões sobre a nossa prática em saúde. O desafio é saber lidar com as diferenças teóricas e pessoais existentes, sem comprometer o trabalho com os pacientes (NASCIMENTO et al, 2004).

4.2 Relacionamentos Pessoais

Toda atuação profissional requer interações com outras pessoas necessitando, assim, de variadas habilidades sociais, necessária competência técnica e interpessoal, primordiais no envolvimento das etapas do processo produtivo (PRETTE & PRETTE, 2001).

Devido ao intenso processo de especialização profissional na área de saúde, a proposta do trabalho em equipe apresenta-se como estratégia para esta realidade. O formato de equipe multiprofissional é uma realidade atual, principalmente em Reabilitação onde existem profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente, e a articulação dos trabalhos especializados não é problematizada. Na discussão da articulação dos saberes e divisão do trabalho encontra-se a interdisciplinaridade, conseqüente à especialização do trabalho em saúde (PEDUZZI, 2001).

O trabalho coletivo baseado na relação recíproca entre as intervenções técnicas e interação dos agentes, configura o trabalho em equipe. O projeto assistencial comum é conseqüente da relação entre o trabalho e a interação dos profissionais, resultando na integração da equipe de trabalho.

O trabalho em equipe multiprofissional retrata a modalidade do trabalho coletivo configura, basicamente, através da comunicação, fundamental para alcançar a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (PEDUZZI, 1998).

As relações hierárquicas entre os profissionais envolvidos na equipe multiprofissional, figura entre a flexibilidade da divisão do trabalho e da autonomia técnica com interdependência. A possibilidade de construção da equipe-integração, mesmo nas situações nas quais se mantêm relações assimétricas entre os distintos profissionais, encontra-se viável, desde que sejam observadas a desigual valorização social dos trabalhos e a prática da arguição da técnica, pressupondo não somente compartilhamento das técnicas e, sim, um horizonte ético (PEDUZZI, 2001).

O reconhecimento do paciente, por parte do profissional de saúde, como pessoa, não apenas como um aglomerado celular, reflete a integração e humanização do atendimento. O compartilhar e, principalmente, o convívio com idéias diferentes refletem a maturidade dos membros da equipe, visto que o “trabalhar com” obriga a utilização de uma linguagem comum, favorecendo a comunicação e preservando as especificidades de cada área (FILHO, 2000).

4.3 Prós e contras do trabalho multiprofissional em Reabilitação

As necessidades de saúde expressam múltiplas dimensões – social, psicológica, biológica e cultural, e o conhecimento e as intervenções acerca desse objeto complexo – o processo saúde-doença – constituem um intenso processo de especialização. Nenhum agente isolado, na atualidade, tem a possibilidade de realizar a totalidade das ações de saúde demandadas, seja por cada um dos usuários em particular, seja pelo coletivo de usuários de um serviço. A necessidade de recomposição dos trabalhos especializados, com vistas à assistência integral de saúde, seja de especialidades de uma mesma área profissional, seja de áreas distintas, exige equipes multiprofissionais (SCHRAIBER et al, 1999).

Segundo Peduzzi (1998) foram distinguidos dois tipos de trabalho em equipe: equipe agrupamento e equipe integração.

A equipe agrupamento caracteriza-se pela justaposição das ações e pelo agrupamento dos agentes. No entanto, na equipe integração ocorre a articulação

das ações e pela interação dos agentes. A construção de um “projeto assistencial comum” à equipe de trabalho – onde e como chegar no que se refere às necessidades de saúde dos usuários - é permitido através da interação dos agentes (PEDUZZI, 1998).

O reconhecimento da complementaridade e o proceder ativo à articulação das ações pelos profissionais, torna-se imprescindível no modelo de realização das necessárias autonomias técnicas, não obstante a complementaridade e interdependência.

A descentralização da tomada de decisão e a flexibilidade da divisão de trabalho estão no âmago das questões colocadas pela equipe de saúde, visto que o trabalho em equipe requer a interação dos agentes no sentido do entendimento mútuo, não cabendo a intolerância às iniciativas individuais ou coletivas, nem o inquestionável cumprimento das relações hierárquicas e das regras técnicas do trabalho (SCRAIBER et al, 1999).

Segundo Campos (1997): “a recuperação da prática clínica assentada no vínculo é a maneira prática de se combinar autonomia e responsabilidade profissional”.

O vínculo permite ao serviço de saúde que a assistência acompanhe e identifique os resultados do trabalho de cada profissional, oferecendo cidadania ao paciente e sua família (CAMPOS, 1997).

Dentre alguns fatores que prejudicam o trabalho em equipe e comprometem a qualidade do trabalho, estão os problemas sociais do paciente, condições de trabalho precárias, conflitos internos, baixos salários. É necessária a organização da equipe e a tomada de medidas que impeçam que tais problemas adquiram maiores proporções.

Algumas medidas para promover a integração da equipe e qualidade da assistência são a melhoria do diálogo entre as pessoas objetivando melhorar a convivência, elevação da motivação da equipe e delineamento com todos os membros das ações a serem implantadas e objetivos a serem cumpridos (OLIVEIRA & SPIRI, 2006).

Como refere Campos (1997) os profissionais de saúde têm seu campo de ação e conhecimento específicos, mas todos devem considerar o paciente no seu contexto biopsicossocial.

Quando ocorrem situações difíceis ou que geram competição, os conflitos podem surgir no relacionamento entre as pessoas, ilustrando a falta de responsabilidade pela continuidade do trabalho de cada profissional causadas, comumente, pela baixa interação entre os membros da equipe.

Geralmente as causas para a segmentação na equipe e conseqüente desconsideração das suas ações de saúde são as condições de trabalho, salários, competências e responsabilidades (OLIVEIRA & SPIRI, 2006). Outro fator seria as crises de relacionamento entre paciente x equipe de saúde, paciente x outro paciente, paciente x instituição como um todo, ou mesmo equipe x equipe (FILHO, 2002).

Segundo Garaudy (1979) "a força decisiva é a da motivação, da consciência crítica e apaixonada, lúcida e criativa de nossas razões de viver, a salvaguarda, em cada homem e em todos os homens, do que lhe é específico, o acréscimo de força que lhe vem da fé na transcendência e no amor, únicos a fazerem de um homem, quer dizer, um ser autônomo e solidário, criador e responsável".

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de um conceito de Saúde tão amplo – “completo bem-estar físico, mental e social” – torna-se evidente a necessidade da atuação de diversos profissionais a fim de promoverem uma assistência completa e adequada. A antiga preocupação do controle da morbidade e mortalidade advinda de um modelo de saúde médico-centrado torna-se irreal e ultrapassada diante do crescente aumento de patologias e lesões que resultem em seqüelas temporárias ou permanentes, parcial ou totalmente incapacitantes.

O grande desafio no novo modelo de assistência em saúde refere-se à integração entre os diferentes profissionais e sua complexidade dentro do contexto de equipe multi e interprofissional de saúde.

Assegurar o direito à saúde, sem qualquer distinção entre os seres humanos, torna-se indispensável para o estabelecimento da paz mundial. Apesar desta indiscutível importância, estima-se que exista uma discrepância entre a necessidade das populações e a oferta de profissionais de saúde em todo o mundo, visto que os mesmos migram para os países desenvolvidos em busca de melhores condições de vida e de trabalho.

No Brasil, a Saúde é assegurada através da Constituição de 1988, porém a realidade prática brasileira não reflete totalmente esta assistência completa à população. A I Guerra Mundial trouxe a necessidade de tratamento por diversos profissionais de saúde aos soldados feridos, demonstrando a importância do trabalho de reabilitação em equipe. A necessidade de adaptação à perda e a melhoria das habilidades remanescentes às lesões, sejam elas físicas, mentais, psíquicas e sociais, confirmam a relevância do trabalho de Reabilitação.

Atualmente a Reabilitação enfoca a necessidade de administração das seqüelas permanentes e a prevenção de prováveis limitações decorrentes da patologia ou lesão existente, além da necessidade de retomada das atividades sociais e econômicas, quando possível.

Diante destes fatores, a equipe multi e interprofissional adquire um papel fundamental e indispensável no processo de reabilitação. No entanto, a falta de

conscientização dos próprios profissionais de saúde - desde sua formação acadêmica, as diferenças salariais, teóricas e pessoais, o não entendimento por parte das instituições e serviços de saúde da importância de alguns profissionais na assistência à saúde, constituem algumas importantes dificuldades numa equipe multiprofissional.

Entretanto, são indiscutíveis os ganhos para a instituição de saúde, para os próprios profissionais envolvidos e para os pacientes, decorrentes da integração conseqüente ao trabalho em equipe multiprofissional. Dentre essas vantagens podemos destacar a maior adesão do paciente e da família ao tratamento, a integração e complementaridade das ações, o menor tempo de permanência no serviço de saúde – comparando-se com atendimentos ambulatoriais individualizados, a redução de possíveis complicações, a participação do paciente e de sua família como parceiros na promoção da saúde e cidadania.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Vivian Maria, SANTOS, Flavia Heloísa dos, BUENO, Orlando F. A. **NEUROPSICOLOGIA HOJE**. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

ASSIER-ANDRIEU, Louis. **O direito nas sociedades humanas**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

CAMPOS, G. W. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalhos em equipes de saúde. **Agir em saúde: um desafio para um público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética de Enfermagem**. Disponível em : www.portalfcofen.gov.br

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Código de Ética de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Disponível em: www.coffito.org.br

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Código de Ética de Fonoaudiologia**. Disponível em : www.fonoaudiologia.org.br

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Disponível em: www.portalmedico.org.br

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Código de Ética do Nutricionista**. Disponível em: www.cfn.org.br

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética de Psicologia**. Disponível em: www.cfp.org.br

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética do Serviço Social**. Disponível em: www.cfess.org.br.

FAGUNDES, Tatiana Penharrubia , CAGGIANO, Mônica Herman Salem. **Reflexões de Direito Econômico**. São Paulo: Mackenzie, 2002.

FERREIRA, F. A. Gonçalves. **Moderna Saúde Pública**. 6. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

FILHO, Júlio de Melo. **Grupo e Corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos**. Porto Alegre-RS: Artes Médicas Sul, 2000.

FILHO, Júlio de Melo. **Concepção Psicossomática: visão atual**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde: características e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, 2000.

GARAUDY, R. **Apreço dos vivos**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1979.

GOUVEIA, Roberto. **Saúde Pública, Suprema Lei: a nova legislação para a conquista da saúde**. São Paulo: Mandacarú, 2000.

LIANZA, Sérgio. **Medicina de Reabilitação**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1995.

MENDES, André. **A psicologia analítica e o emprego do termo grupo**. 2005. www.rubedo.psc.br

MILES, Matthew B. **Aprendizagem do trabalho em Grupo**. São Paulo: Cultrix, 1959.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em : www.saude.gov.br

NASCIMENTO, Célia A. Trevisi do, LAZZAROTTO, Gislei D. Romanzini, HOENISCH, Júlio César D., SILVA, Maria Cristina Carvalho da. **PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS: EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA**. Porto Alegre – RS: CRP – 7ª Região, 2004.

OLIVEIRA, Eliane Machado de, SPIRI, Wilza Carla. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista Saúde Pública**. v. 40, n. 4, São Paulo. 2006.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Tese de Mestrado. 1998.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**. v. 35, n. 1, 2001.

PINKUS, Lucio. **Psicologia do doente**. São Paulo: Edições Paulinas, 1988.

PRETTE, Almir Del, PRETTE, Zilda A. P. Del. **Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

RODRIGUES, Francisco F. de A., MELHADO, Heloísa M. C., KRITZ, Sônia. **Negociação para o trabalho em equipe**. Rio de Janeiro: SENAC/DN/DFP, 1996.

SCHRAIBER, Lília Blima, PEDUZZI, Marina, SALA, Arnaldo, NEMES, Maria Inês B., CASTANHERA, Rose L., KON, Rubens. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Health planning, management and evaluation: identifying problems. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 4, n. 2, Rio de Janeiro. 1999.

SEGRE, Marco, FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de Saúde. **Revista Saúde Pública**. v. 31, n. 5, 1997.

SILVA, José Luiz Toro da. **Manual de Direito de Saúde Suplementar: a iniciativa privada e os planos de saúde**. São Paulo: M.A. Pontes, 2005.

SCHUMPETER, Joseph E. On the Concept of Social Value. **Quartely Journal of Economics**. v. 23, 1908.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps**. Author, Geneva, 1980.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em: www.who.int