

José António Duque Vicente

As relações interprofissionais em equipas de saúde mental.

(Aspectos sociológicos e organizacionais)

Dissertação de Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo apresentada à Faculdade de Economia e à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra sob orientação do Professor Doutor Pedro Hespanha

Coimbra
2011



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

José António Duque Vicente

As relações interprofissionais em equipas de saúde mental.
(Aspectos sociológicos e organizacionais)

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Economia e à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra com vista à obtenção do grau de Mestre em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo.

Orientador: Professor Doutor Pedro Hespanha

Coimbra
2011



Agradecimentos

Ao Professor Doutor Pedro Hespanha pela dedicação e empenho em todo o momento desde o início desta etapa académica, pela disponibilidade, apoio e rigor com que me orientou na realização deste trabalho.

A todos os profissionais da Equipa multidisciplinar do Serviço de Saúde Mental do Hospital Santo André em Leiria, Médicos, Enfermeiros, Administrativos, Auxiliares, Assistentes Sociais e Psicólogos que aceitaram participar neste estudo, sem a sua disponibilidade e empenho, este trabalho não teria sido possível.

Aos meus Amigos André Pedro, Susana Loureiro, Mónica Pinto, Genoveva Oliveira, e à Lina Costa e Sousa que me apoiaram e contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade.

Um Agradecimento muito Especial às minhas colegas de Mestrado, Liliete Matias, Elsa Simões e Isa Marques com quem partilhei esta jornada.

E a Deus que me conduz.

Pensamento

O futuro das organizações e nações dependerá cada vez mais de sua
capacidade de aprender colectivamente.

¹(Peter Senge)

¹ **Peter M. Senge** (nascido em 1947) é o autor renomado do livro *A Quinta Disciplina*.

Resumo

A presente Investigação procurou identificar a situação actual das práticas organizacionais e a percepção que cada profissional de uma equipa multidisciplinar de saúde mental tem de si e do trabalho que desenvolve em parceria com os restantes elementos. Procurei investigar como é organizado o trabalho numa equipa multidisciplinar, quais os mecanismos que podem contribuir para melhorar as práticas conjuntas dos profissionais e que reflexos têm no seu desempenho. Foi através do recurso à observação directa e a entrevistas que tentei perceber os hábitos e as rotinas dos profissionais de uma equipa multidisciplinar do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de um Hospital Distrital, conhecer as suas técnicas de trabalho e as relações estabelecidas entre todos os seus membros, que vão desde o Administrativo, Assistentes Operacionais, Médicos, Enfermeiros, Assistente Sociais e Psicólogos. O levantamento que fiz sobre a relação que existe entre estes vários profissionais é relevante para a compreensão de que as Equipas multidisciplinares são hoje um dispositivo de trabalho colectivo e um projecto de trabalho que permite a partilha entre várias disciplinas e a utilização de diferentes áreas do conhecimento com o objectivo de resolver os problemas de forma integrada. Partindo do pressuposto de que as mudanças se dão mais rápida e eficazmente quando todos os envolvidos no processo actuam de forma participativa, a intenção foi perceber se todos os intervenientes aceitam esta modalidade de trabalho. A finalidade foi discutir os fundamentos, a importância e os obstáculos do trabalho em equipa, abordar as dimensões da interdisciplinaridade e apresentar algumas recomendações para o trabalho interdisciplinar.

Palavras-chave: Organizações, Profissões, Equipa multidisciplinar, Relações Profissionais e Interpessoais, Conhecimento e Trabalho Interdisciplinar.

Abstract

This research sought to identify the current state of organizational practices and the perception that each professional multidisciplinary team of mental health has of itself and of its work in partnership with other elements. I tried to investigate how work is organized in a multidisciplinary team, what mechanisms can contribute to improving the practices of professionals a joint reflection on their performance have. It was through the use of direct observation and interviews I tried to understand the habits and routines of a professional multidisciplinary team of Psychiatric Services and Mental Health in a District Hospital, to know his techniques work and the relationships among all its members , ranging from the Operational Assistant , Administrative , Doctors, Nurses, Social workers and Psychologists. The survey I did about the relationship between these professionals is more relevant to the realization that multidisciplinary teams are now a device to a collective work and project work that allows sharing between multiple disciplines and using different areas of knowledge with the aim of solving problems in an integrated manner. Assuming that the changes take place more quickly and effectively when everyone involved in the process in a participatory act, the intention was to see if all actors accept this type of work. The purpose was to discuss the fundamentals, the importance and the obstacles of teamwork, the dimensions of the interdisciplinary approach and present some recommendations for interdisciplinary work.

Keywords: Organizations, Occupations, multidisciplinary team, professional and interpersonal relations, knowledge and interdisciplinary studies.

Résumé

Cette recherche visait à déterminer l'état actuel des pratiques organisationnelles et la perception que chaque professionnel d'une équipe multidisciplinaire de la santé mentale a de soi et de ses travaux en partenariat avec d'autres éléments. J'ai essayé d'étudier comment le travail est organisé dans une équipe multidisciplinaire, quels mécanismes peuvent contribuer à améliorer les pratiques des professionnels et des réflexions communes sur vos performances. C'est grâce à l'utilisation de l'observation directe et des entretiens que j'ai essayé de comprendre les habitudes et les routines d'une équipe professionnelle multidisciplinaire des services psychiatriques et de santé mentale dans un hôpital de district, connaître leurs techniques de travail et les relations entre tous ses membres, allant de l'adjointe opérationnelle, administrative, Médecins, infirmières, travailleurs sociaux et psychologues. Le sondage que j'ai fait sur la relation entre ces professionnels est plus pertinente pour la réalisation que les équipes multidisciplinaires sont maintenant un dispositif de travail collectif et un travail de projet qui permet le partage entre de multiples disciplines et utilisant différents domaines du savoir afin de résoudre les problèmes de manière intégrée. En supposant que les changements ont lieu plus rapidement et efficacement lorsque toutes les personnes impliquées dans le processus participatif dans un acte, l'intention était de voir si tous les acteurs acceptent ce type de travail. Le but était de discuter des principes fondamentaux, l'importance et les obstacles du travail d'équipe, les dimensions de l'approche interdisciplinaire et de présenter quelques recommandations pour le travail interdisciplinaire.

Mots-clés: Organisations, Professions, équipe pluridisciplinaire, les relations professionnelles et interpersonnelles, les connaissances et les études interdisciplinaires.

Índice Geral

Agradecimentos	i
Pensamento	ii
Resumo	iii
Abstract.....	iv
Résumé	v
INTRODUÇÃO	8
CAPITULO I – AS ORGANIZAÇÕES E AS PROFISSÕES DE SAÚDE	13
1.1 - As Organizações.....	13
1.2 - A teoria sociológica sobre as Organizações	14
1.2.1 - Teorias da Liderança	17
1.2.2- Cultura Organizacional.....	21
1.2.3 - Uma Nova Lógica Organizacional.....	22
1.3 - As Organizações da Saúde.....	25
1.3.1 - O Modelo Organizacional Hospitalar.....	26
1.4 - Sociologia das Profissões	27
CAPITULO II – O TRABALHO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE	32
2.1 - Conceito de Equipa	32
2.2 - Trabalho em Equipa	33
2.3 - Equipa Multidisciplinar	35
2.4 - Importância da comunicação na equipa multidisciplinar	37
CAPITULO III – OS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL	39
3.1- Breve história dos cuidados e dos cuidadores de saúde mental.....	39
CAPITULO IV – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	42
4.1 - Os objectivos do estudo, o modelo analítico e as hipóteses de trabalho	42
4.2 - Metodologia	44
4.3 - A Amostra.....	45
CAPITULO V – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL.....	46
5.1 - Missão e objectivos da Equipa de Psiquiatria e Saúde Mental do H.S.A	46
5.2 - Recursos Humanos.....	46

5.3 - Estrutura organizacional	47
5.4 - Envolvente Social.....	47
5.5 - Envolvente Ambiental.....	48
CAPITULO VI – SOCIOGRAFIA DO ESTUDO DE CASO: OS ACTORES E AS PROFISSÕES	49
6.1 - O Médico Psiquiatra.....	49
6.2 - O Técnico Superior de Serviço Social	50
6.3 - O Enfermeiro	51
6.4 - O Psicólogo.....	52
6.5 - O Assistente Operacional de Saúde Mental.....	53
6.6 - O Administrativo.....	53
CAPITULO VII – OBSERVAÇÃO DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR.....	55
7.1 - Análise das Relações Profissionais	55
7.2 - Relações de Cooperação entre Actores Sociais	56
7.3 - Processo decisório e Reunião semanal da Equipa.....	58
CAPITULO VIII – REFLEXÃO E PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO MULTIDISCIPLINAR E O SEU POSICIONAMENTO NA EQUIPA.....	62
8.1 - Análise e discussão dos Resultados	62
CAPITULO IX – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DO ESTUDO.....	88
BIBLIOGRAFIA.....	93

INTRODUÇÃO

A sociedade portuguesa vive actualmente um processo de transformações sociais que afectam a ética social dominante, tornando necessário o reajustamento dos cidadãos a novas realidades socioculturais que requerem uma maior responsabilização individual na qualificação do seu projecto de vida.

Essas transformações trazem problemas e necessidades que implicam formas diferentes de olhar e de actuar no social, apelando ao esforço de todos, no sentido da melhoria das condições de vida dos cidadãos. É hoje consensual que a pobreza e a exclusão social são fenómenos multidimensionais e transversais a várias esferas de organização da sociedade (económica, social, cultural, urbana, ambiental, etc.) e que, para os combater de forma eficaz, é necessário juntar esforços e articular entre si os diferentes agentes da intervenção social.

Perante a grande complexidade destes fenómenos sociais - decorrente da integração europeia, do processo de globalização e da relativa incapacidade do Estado – Providência para promover a inclusão e o reforço da coesão social, exige-se cada vez mais a cooperação e o compromisso através do diálogo activo entre todos os intervenientes públicos e privados.

A Segurança Social, a Educação, o Emprego e Formação Profissional, a Saúde, a Infância e Juventude, a Toxicodependência, a Imigração e as Minorias Étnicas, a Pobreza e a Exclusão Social afirmam-se crescentemente como as grandes áreas problemáticas da sociedade contemporânea. Dada a sua complexidade, deverão ser encontradas soluções para resolver os problemas de forma integrada e ajustada às necessidades dos indivíduos ou famílias. As desigualdades na distribuição da riqueza aumentaram e apesar da intensificação dos fluxos mundiais de capital e de trabalho, da extensão dos mercados, da globalização das políticas e dos progressos nas comunicações, as oportunidades para melhorar os padrões de vida são cada vez mais inacessíveis à maioria da população (Hespanha, 2005).

As questões das desigualdades económicas, da pobreza, das diferenças étnicas, sexuais e culturais assumem hoje novos contornos e todas elas, de um modo ou de outro, se relacionam com o problema das classes sociais.

Num mundo cada vez mais caracterizado pela mobilidade e pelo esbatimento das fronteiras nacionais, o discurso neoliberal das novas oportunidades, do *empowerment* e da competitividade não consegue esconder as novas e velhas situações de opressão, exploração e exclusão.

A exclusão configura-se como um fenómeno multidimensional ou como um conjunto de fenómenos sociais diferenciados mas interligados, tais como o desemprego, a marginalidade, a discriminação, a pobreza, que inibem a participação social nas diversas esferas da vida social.

Estudos realizados sobre a pobreza no país revelam situações muito próximas de países periféricos no que diz respeito ao que denominam “factores de risco social”. Um dos trabalhos neste campo é uma pesquisa coordenada por Pedro Hespanha, a qual revelou que os factores de risco social em Portugal são bastante diversificados e envolvem: os baixos rendimentos, o desemprego, os baixos níveis de escolaridade, a instabilidade familiar, a habitação precária, as doenças (sobretudo a incapacidade para o trabalho), o alcoolismo e a toxicodependência, os cuidados com dependentes, o isolamento social e a trajectória de pobreza (Hespanha *et al.*, 2000: 51-91).

Acresce o facto de a exclusão ter um carácter cumulativo, dinâmico e persistente, encerrando no seu núcleo processos de reprodução (através da transmissão de geração para geração) e evolução (pelo surgimento de novas formas), que tornam persistentes múltiplas rupturas na coesão social e se manifestam em dualismos e fragmentação social.

Neste quadro é importante o papel da Acção Social e a sua organização de forma a adequar-se à complexidade dos fenómenos da exclusão e da pobreza, designadamente a sua multidimensionalidade.

A Acção Social destina-se a assegurar especial protecção aos grupos mais vulneráveis, nomeadamente crianças, jovens, deficientes e idosos, bem como a outras pessoas em situação de carência económica ou social ou sob o efeito de disfunção ou

marginalização social, na medida em que estas situações não sejam ou não possam ser superadas através dos regimes de segurança social.

O Acolhimento /Acompanhamento Social/Apoio Social constitui, na área da Acção Social, um serviço de primeira linha destinado a informar, orientar e apoiar os indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social ou noutras situações de dificuldades pontuais. Desenvolve, também, acções de carácter preventivo, tendo em conta as causas e as diferentes manifestações dos problemas sociais.

Os Programas de Apoio Social, inicialmente instituídos como programas focalizados e direccionados a grupos da população com poucos recursos económicos e dificuldade de acesso aos serviços de Acção Social em toda a sua dimensão, tiveram de alargar o seu espectro de trabalho inicial e redescobrir uma forma de trabalho colectivo.

O trabalho colectivo de vários actores sociais integrados em equipas multidisciplinares na área do Apoio Social tem precisamente como objectivo fundamental a prevenção de situações de carência, disfunção e marginalização social e a integração comunitária. O conceito de Apoio Social revela-se deste modo multidimensional, contemplando o grau de integração social, a percepção desse apoio social e o tipo de apoio social fornecido.

Para Mendes (2002: 42), as várias definições de apoio social têm pontos em comum e incluem aspectos tão importantes como o “Apoio Emocional” - quando os indivíduos sentem que tem outras pessoas a quem recorrer nalgumas dificuldades -, ou a “Integração social” - quando as pessoas sentem que fazem parte de um grupo que partilha interesses e preocupações.

Actualmente e como vem detalhado no Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016², é cada vez mais importante a existência de equipas multidisciplinares com forte participação de enfermeiros e outros técnicos não médicos. Trata-se de uma estratégia de reorientação para que seja feito um trabalho complementar de forma a dar respostas mais adequadas às necessidades dos indivíduos que procuram estes serviços, tomada de posição que evidencia a importância crescente da adopção generalizada de um modelo de acção integral.

² Vd. Capítulo III

A implantação do sistema de equipas multidisciplinares em Portugal tem sido um forte desafio para os gestores das instituições relacionadas com a protecção social e para os vários profissionais que integram estas Equipas.

Com a generalização das equipas multidisciplinares na área da saúde e sobretudo do apoio social, é importante uma reflexão sobre o papel e a participação efectiva dos actores das diferentes profissões nessas equipas por esta razão tomei este tema como objecto de estudo.

Nas equipas multidisciplinares, cada profissional é chamado a desempenhar a sua profissão num processo de trabalho colectivo, produto de prática compartilhada, pautado pelas contribuições específicas das diversas áreas de conhecimento.

Assim os diferentes profissionais deverão estar receptivos, acrescentando ao trabalho técnico hierarquizado, a uma interacção social entre si, numa relação de maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, potenciadora de uma maior autonomia e criatividade dos agentes e uma maior integração da equipa (Almeida e Mishima, 2001).

Trabalhar em equipa de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalho, com base no conhecimento do trabalho do outro e na valorização da participação deste na produção de cuidados. Significa construir consensos quanto aos objectivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de os alcançar. Significa também a utilização das interacções entre os agentes envolvidos, com vista ao entendimento e ao reconhecimento recíproco de autoridades de saberes e de autonomia técnica (Ribeiro *et al.* 2004).

Ao estudar o trabalho em equipa, é não só importante conhecer como cada profissional conjuga o trabalho individual e colectivo, mas também identificar evidências de articulação entre acções desenvolvidas pelos diferentes profissionais. É preciso observar como os diversos profissionais interagem entre si e se essa interacção possibilita a construção de um projecto compartilhado por todos (Cotta *et al.*, 2006), procurando identificar os factores facilitadores e dificultadores da construção desse projecto.

Através deste estudo, procurei perceber quais as percepções dos vários profissionais sobre as práticas e a eficácia da equipa Multidisciplinar.

Ao mostrar o que conhece e sabe, cada indivíduo diferencia-se dos seus pares, estabelecendo desta forma uma relação de poder. A concorrência entre saberes tem reflexos directos na regulação das profissões e na relação entre profissionais de áreas diferentes. As práticas profissionais são legitimadas através da sua eficiência/eficácia e através do contexto em que são produzidas consoante ocorram em instituições públicas e/ou privadas, uma vez que aí se verificam estratégias diferenciadas de correlação entre saber e poder.

Na medida em que cada profissão define a sua especificidade através de teorias e práticas disciplinares que apropriam campos especializados de conhecimento, o campo da profissionalização é marcado por hierarquizações de saberes a que correspondem hierarquizações de poderes, factor potenciador de forte competição entre profissionais de uma mesma área e ou de áreas contíguas.

Constantemente invocada e levada a efeito nos domínios mais variados da pesquisa, do ensino e das realizações técnicas, a abordagem interdisciplinar está distante de ser evidente. Por ganhar considerável expressão, merece ser elucidada tanto na perspectiva conceptual, quanto no campo da investigação de modo a ser operacionalizada. Neste contexto, é compreensível a necessidade de rigor e detalhamento para efectivação interdisciplinar, com cuidado para escapar a modismos e ou à vulgarização de sua utilização (Rodrigues, 1998).

É necessário considerar o indivíduo e as suas estratégias pessoais, pois o cerne da questão não é saber qual a melhor forma racional e científica de organizar o trabalho, mas antes pensar e reflectir não só sobre a forma como podem os indivíduos cooperar em sistemas de complexidade crescente, mas também sobre a melhor maneira de conciliar a vertente individual com a vertente integrada.

É desejável ainda que os indivíduos tenham as condições necessárias para se motivarem e participarem. E tal passa pela forma como os dirigentes conseguem conciliar as aspirações individuais, num quadro de constrangimentos económicos e tecnológicos.

CAPITULO I – AS ORGANIZAÇÕES E AS PROFISSÕES DE SAÚDE

1.1 – As Organizações

A análise do funcionamento das organizações, seja qual for a sua natureza, obriga a uma abordagem bastante complexa, onde é necessário ter em consideração inúmeros factores. Esses factores podem ser enquadrados nos mais diversos ramos, desde a sociologia ou psicossociologia das organizações às ciências do comportamento humano. Henry Mintzberg (1995) é uma referência marcante no que concerne ao estudo das diferentes estruturas, dinâmicas e configurações organizacionais. Tendo por base os seus trabalhos, será possível compreender o funcionamento das instituições da Saúde e da Solidariedade Social, analisando os fluxos existentes dentro das mesmas e de que forma tais fluxos explicam alguns problemas com os quais aquelas actualmente se vêem confrontadas.

Mais do que dar resposta à necessidade de encontrar um modelo organizacional que melhore o funcionamento das organizações sociais ou de saúde, é importante reflectir sobre como estão a ser feitas as mudanças em torno do sistema organizacional e de que forma os vários actores sociais que compõem essas organizações se estão a adaptar aos novos modelos organizacionais.

O conceito de organização tem sido abordado pelos mais variados autores e as suas definições tentam, de certa forma, atribuir-lhe um carácter sistémico, onde as partes que a compõem são elemento chave no funcionamento das mesmas. Se por um lado, as organizações são tidas como agrupamentos de indivíduos construídos ou reconstruídos com objectivos específicos (Etzioni apud Costa, 2003), em termos de dinâmica social elas podem também constituir-se como um local onde cada indivíduo que as compõe actua para realizar os seus objectivos pessoais (Chanlat, 1993).

A prática diária de acções e atitudes que deixam clara a importância que cada um tem e o quanto é importante para a pessoa e para a Organização que o seu desenvolvimento e aprendizagem tragam resultados positivos, acaba por promover um clima de cooperação e sentimento de participação promotor de melhores resultados para todos os envolvidos.

Numa Organização, a aprendizagem está relacionada com os seus grandes desafios, metas e objectivos e a maior parte das pessoas é motivada a aprender por estar comprometida com a visão e abordagens corporativas para a prossecução dos objectivos propostos.

Poder-se-ão ainda considerar, numa perspectiva mais ampla, as organizações como sistemas vivos, fortemente dependentes não só do meio que as rodeia e influencia directamente, como também dos indivíduos que nela estão inseridos, também eles são produto desse ambiente exterior à organização.

Deste modo, e se é facto que as organizações são planificadas e construídas para atingir determinados objectivos, também é verdade que são continuamente reestruturadas e redefinidas, devido às rápidas mudanças no seu meio envolvente. Uma organização nunca está estabilizada: na medida em que é um organismo vivo, sofre contínuas mudanças.

Assim sendo, a complexidade do estudo organizacional assume particular relevância, pois se existem diferentes tipos de organização, também há diferentes géneros de ambientes (Morgan, 1996). Interessa portanto, antes de analisar o funcionamento e as estruturas das organizações, atender a estas definições, de forma a considerá-las sistemas complexos, dependentes de inúmeros factores e compostos por indivíduos e grupos de indivíduos com características próprias.

É, pois, nas lógicas subjacentes às organizações e aos actores nelas inseridos que o trabalho e as profissões ganham particular expressão. Tal como reconhece Hughes (1996), as profissões exercem-se cada vez mais no quadro das organizações e, por isso, profissão e organização são cada vez mais realidades articuladas.

Nas Organizações, os papéis e as relações são muito mais importantes que as pessoas; isto é tão mais verdadeiro e evidente quanto mais elaborada e complexa é a sociedade e quanto mais sofisticadas e importantes são suas instituições.

1.2 - A teoria sociológica sobre as Organizações

Ao longo do século XX, a reflexão sociológica sobre as organizações tem evoluído, sobretudo acerca da maneira como é entendido o papel dos indivíduos que as formam, desde uma fase em que eles eram percebidos como meros executantes até

ao entendimento mais recente da sua condição de actores portadores de diversas identidades e saberes profissionais que regem o seu comportamento.

Desde cedo, trabalhos realizados (Taylor, 1917; Fayol, 1920 e Max Weber, 1920) pretenderam descobrir as regras ideais pelas quais se devem reger as organizações e, enquanto isso, o trabalho científico foi sendo orientado no sentido de revelar essas regras que serviram como normas absolutas a aplicar pelos gestores.

De acordo com Taylor (1917) o principal objectivo das organizações é assegurar ao empregador e a cada empregado a prosperidade máxima.

Fayol, (1920) preocupou-se fundamentalmente com a análise da estrutura hierárquica das organizações, com enfoque na linha de comando da qual dependeria o bom funcionamento organizacional.

Ao contrário de Taylor e Fayol, Max Weber veio aplicar às organizações o seu método de análise que consiste na definição de um tipo ideal de organização. A organização “weberiana”, apelidada de burocracia, é do tipo racionalizada, com predeterminação total a todos os níveis. Uma vez definidos os objectivos e actividades da organização, seria possível formular um sistema de regras e de papéis a serem desempenhados por todos os membros da organização. O indivíduo teria apenas de seguir comportamentos prefixados, geralmente por escrito. Tudo está definido e todas as situações estão previstas, sendo que para todas as perguntas há uma resposta.

Estes pontos de vista encontravam-se legitimados na época em que surgiram uma vez que, nos primórdios da revolução industrial, não houve grande concorrência na produção e na procura (o mercado tinha um grande crescimento). Nessa fase, importante era produzir para satisfazer uma procura crescente e portanto o que estava em causa era otimizar a função de produzir. Não era necessária imaginação, talento ou criatividade para captar ou vender aos clientes e como tal o indivíduo era utilizado apenas como elemento mecânico de um sistema que obedecia a regras muito bem definidas com vista a otimizar a produção dentro de um esquema organizacional rígido.

Nesta fase tínhamos três grandes princípios: descoberta das regras ideais de funcionamento; a organização (ou empresa) era um sistema fechado, muito centrado na tecnologia para otimizar o processo produtivo, sendo o seu único objectivo a procura da eficiência. Eficiência essa que é um conceito interno à organização visando a

otimização do sistema. O indivíduo devia adaptar-se à máquina de forma mecânica e automática, complementando-a e contribuindo para a otimização do sistema.

Nas teorias clássicas, a grande preocupação era a descoberta de regras ideais e de códigos de conduta necessários ao funcionamento duma organização. Se havia essas regras ideais, tal significava que o indivíduo se teria de adaptar total e mecanicamente ao processo produtivo e ao esquema de funcionamento da organização. O indivíduo apenas iria complementar o trabalho da máquina.

Por contraponto à abordagem clássica, começam a surgir nos anos 30 do séc. XX as abordagens comportamentalistas, e muito particularmente a mais antiga conhecida por “teoria das relações humanas”.

A teoria das relações humanas foi a primeira teoria comportamentalista e com ela nasceram questões centrais do estudo das organizações, como a problemática da motivação dos indivíduos nas organizações e o efeito do estilo de liderança na produtividade do trabalho. Embora ainda raciocinando em sistema fechado, nesta teoria já se começa a pensar na dimensão humana e social.

As teorias behavioristas inserem-se num movimento mais amplo de aplicação de conhecimentos de psicologia e de sociologia às organizações e à realidade social. A organização continua ainda a ser vista como um sistema fechado mas já se reconhece nele uma grande dinâmica interna, fruto da vontade dos indivíduos e dos processos de interacção social e organizacional. O homem começa a ser visto como um ser criativo que põe todas as suas capacidades intelectuais, e não apenas a força física, ao serviço da organização.

Todas estas abordagens assentam no conceito de que o homem, o indivíduo na organização, tem de ser o ponto de partida e chegada de qualquer análise do funcionamento das organizações. Ponto de partida porque é através do estudo do comportamento humano que poderemos compreender o comportamento organizacional e ponto de chegada porque as organizações devem ser estruturadas à medida e para servirem os que nelas trabalham.

Uma das razões que explicam a enorme proliferação e variedade de organizações no mundo moderno é o facto de só através destas estruturas poder ser satisfeita uma grande parte das necessidades humanas: é mediante a cooperação e a conjugação de esforços que é possível, ou pelo menos mais fácil, atingir objectivos.

Autores como Crozier e Friedberg (1977) e Reynaud (1995) desempenharam um papel importantíssimo na compreensão e análise desta evolução. Considera-se que o seu trabalho permite compreender o porquê de certas tomadas de posição e de comportamento por parte dos actores sociais - daí ter considerado o trabalho destes autores central para a elaboração deste projecto.

Como afirmam Crozier e Friedberg (1977:79), “a organização é um processo de criação colectiva por meio do qual os membros de uma colectividade aprendem juntos, ou seja inventam e fixam juntos novas maneiras de jogar os jogos sociais da cooperação e do conflito e adquirem as capacidades de conhecimento, de relacionamento e de organização correspondentes”.

1.2.1 - Teorias da Liderança

Hoje em dia, considera-se que o sucesso das organizações depende da qualidade dos seus recursos humanos e da sua correcta gestão. As organizações sofreram alterações ao longo do tempo, passando de organizações de mão-de-obra intensiva para organizações de conhecimento intensivo.

Actualmente dá-se importância à liderança, uma vez que estamos perante um mundo competitivo onde não basta ser-se bom; não chega, apenas, obter resultados e aguentar-se na luta feroz pela conquista das oportunidades, torna-se necessário ser líder.

As primeiras abordagens ao tema da liderança visavam definir quais os traços de personalidade que tornam um mero chefe num bom líder. Todavia, depressa se apercebeu que a eficácia de um determinado tipo de líder variava consoante a situação que era chamado a liderar.

Muitas são as definições que se encontram para liderança, umas mais complexas que outras, mas todas elas têm em comum o seguinte: liderança é um processo que consiste basicamente em o líder influenciar os seus subordinados a contribuir para o sucesso da organização.

Ferreira *et al* (2001) indicam que “liderar implica a existência de um indivíduo que tem capacidade de influenciar um grupo de indivíduos” e que por isso “liderança

pressupõe um destinatário colectivo, no que se distingue do poder, do comportamento político ou da influência social” (Ferreira *et al* 2001:377).

As relações de liderança são relações de poder, no sentido em que o poder que o líder exerce depende mais do próprio e do seu comportamento, do que das situações de contexto onde se estabelece essa relação, tornando-se num poder pessoal (Pereira, 1999).

Segundo House, a liderança “é a capacidade de um indivíduo influenciar, motivar e habilitar outros a contribuírem para a eficácia e sucesso das organizações de que são membros” (Cunha, 2003:268).

Os estudos sobre liderança desenvolvem-se e aprofundam-se a partir da segunda metade do séc. XX com Kurt Lewin (1944) e a dinâmica de grupos, sendo campo de investigação de muitos autores que para isso realizaram estudos e formularam definições. A pertinência da liderança ocorre por se perceber que existem mecanismos que permitem melhorar o desempenho e daí a sua importância em meio organizacional e empresarial, pois o que interessa em primeira instância é ser eficaz.

Em 1960 foi publicado “*Autocracy and Democracy: an Experimental Inquiry*” (Autocracia e democracia: uma investigação experimental), livro que revelava um novo estudo na abordagem “estilos de liderança”. Kurt Lewin (1944) orientou, na década de 30, Rauph White e Ronald Lippitt (1972) numa pesquisa que envolvia três grupos de crianças submetidas a lideranças diferentes: autocrática, democrática e liberal (*laissez – faire*). O líder autocrático era dominador, agressivo e o poder de decisão era centralizado nele, de forma que os subordinados não tinham qualquer liberdade. O líder democrático era comunicativo e seu objectivo era orientar e motivar o grupo para que este participasse. Já o líder liberal era praticamente ausente, uma vez que a tomada de decisão era feita pelo grupo. Essa teoria viria a se chamar “Os Três Estilos de White e Lippitt”.

Os resultados do grupo cuja liderança era autocrática foram de alta produtividade, mas o comportamento dos “subordinados” dividiu-se em agressivos e apáticos, causando problemas de relacionamentos entre si. No grupo de liderança democrática, a produtividade não foi tão alta, mas houve mais qualidade nos produtos; quanto ao comportamento, os membros do grupo relacionaram-se amigavelmente, tanto

entre eles como com o líder. Já no grupo cuja liderança era liberal, a produtividade foi baixa, tanto quantitativa quanto qualitativamente e o grupo também não ficou satisfeito.

Rensis Likert, (1961) no início da década de 60, contribuiu na abordagem de estilos com a teoria de liderança “orientada para as Tarefas ou para as Pessoas”. A pesquisa foi desenvolvida junto a um grande número de empresas e permitiu aferir a existência de dois estilos de liderança: a liderança centrada no empregado, nas pessoas (*employee centered*); a liderança centrada na produção, nas tarefas (*job centered*).

Na liderança orientada para as tarefas, os líderes enfatizavam apenas o trabalho e os seus resultados, tendo subordinados super especializados e isolados, seguindo regras. Esse estilo de liderança é extremamente burocratizado e mecanicista, tendendo à Teoria X, também sugerida por McGregor (1950).

O estilo de liderança que reuniu maior insatisfação por parte dos subordinados e, conseqüentemente levou a uma diminuição da produtividade foi a liderança centrada nas tarefas. A curto prazo os seus resultados foram elevados, mas com o passar do tempo as actividades tornaram-se extremamente rotineiras e cansativas e o rendimento diminuiu.

Em relação a tipos de liderança, os estudos desenvolvidos sobre liderança consideram quatro abordagens possíveis: Abordagens dos traços, Abordagens comportamentais, Abordagens situacionais ou contingenciais e Abordagens da liderança carismática e transformacional. Neste trabalho importa-me explorar a Abordagem situacional ou contingencial, a qual surgiu a partir dos anos 70, tendo-se mantido dominante.

As diferentes teorias partem do pressuposto de que o comportamento mais apropriado do líder depende das situações ou circunstâncias com que este se depara. Alguns autores colocam a liderança como sendo “um processo através do qual um membro de um grupo ou organização influencia a interpretação dos eventos pelos restantes membros, a escolha dos objectivos e estratégias, a organização das actividades de trabalho, a motivação das pessoas para alcançar os objectivos, a manutenção das relações de cooperação, o desenvolvimento das competências e a confiança dos membros, e a obtenção de apoio e cooperação de pessoas exteriores ao grupo ou organização” (Cunha, 2003:268).

Existem inúmeras definições de liderança e independentemente da definição que possamos adoptar, encontramos como pontos comuns como sejam a capacidade de influenciar e a concretização de objectivos.

De acordo com o estilo de liderança que adopta, o Líder pode promover a comunicação horizontal e vertical, bem como atenuar as condicionantes da situação (externa e interna) junto dos liderados na forma como com eles interage, e deste modo minimizar os efeitos negativos (stress) do ambiente que o rodeia.

O comportamento do líder enquanto motor da acção do grupo para a prossecução de objectivos determinados, tem reflexos positivos e/ou negativos no grupo que lidera. É na tomada de consciência desta intervenção que ele pode melhorar as relações para com o grupo e dentro do grupo, para que cada um saiba e sinta que está a ser valorizado e é importante, mas não imprescindível, para alcançar os objectivos a que se propõem.

No contexto de Trabalho colectivo/ Multidisciplinar, a ideia do Líder que impera sobre todas as decisões destrói desde logo o conceito de interdisciplinaridade, mesmo sabendo que não é possível contornar as questões legais e jurídicas que obrigam a organização a ter um organigrama que por si só estabelece hierarquias.

Na organização, a equipa multidisciplinar tem que entre si abdicar de processos de Liderança rígidos ou previamente estipulados. Dentro da Equipa, a mais-valia de aquisição de conhecimento para a tomada de decisão encontra-se na diversidade de disciplinas que podem inter-agir em conjunto para definir uma solução. Pelo que se revelaria contra-producente e uma desvantagem no final a decisão ser uni-disciplinar.

Os líderes das equipas multidisciplinares têm mais informação devido ao facto de todos os membros partilharem a responsabilidade de atingir resultados e objectivos. Obtêm por isso um maior rendimento da equipa e uma maior satisfação pelo trabalho que desenvolvem, uma vez que a troca de informação aumenta a confiança para ir mais além.

“Os processos eficazes de liderança representam talvez o factor mais crítico no sucesso das equipas organizacionais.” (Zaccaro, Rittman e Marks, 2001: 452).

Dentro da Equipa Multidisciplinar, este tipo de liderança tem como vantagens a implementação de um cuidado integrado, o partilhar de responsabilidade pela liderança da Equipa, bem como uma maior predisposição para soluções direccionadas

para problemas complexos, em que as soluções têm de ter profundidade e amplitude e em que existe uma discussão criativa e interligada e uma compreensão multidimensional dos problemas.

Antigamente as decisões do dia-a-dia no trabalho eram tomadas pelo líder e estes sentiam-se confortáveis com essa responsabilidade e exercício de poder. Ao nível da democratização das relações de trabalho, que aponta para o resgate da participação do trabalhador na gestão da organização como parte integrante da política de desprecarização e de humanização do trabalho em saúde, é fundamental identificar o grau de comprometimento dos gestores/serviços de saúde em promover, na prática, a construção de mecanismos capazes de viabilizar esse processo.

Para que se trabalhe em equipa não há necessidade de se eliminar a hierarquia, tão só torná-la flexível de tal modo que permita a emergência do mais apto para cada ocasião. O verdadeiro coordenador/gestor/director, ou seja, líder, sabe delegar funções quando não está presente ou se não é o mais apto para enfrentar a ocasião deve expor as dúvidas à equipa e assim concretizar o objectivo principal do trabalho colectivo.

As equipas actuais incentivam as pessoas no sentido de se sentirem valorizadas, responsáveis e comprometidas com o trabalho. Todos devem sentir-se orgulhosos por usarem o seu conhecimento, experiência e motivação para obterem bons resultados na equipa e na organização.

As equipas multidisciplinares são diferentes dos antigos grupos de trabalho visto que os grupos de trabalho não tomavam decisões por si, apenas cumpriam decisões tomadas por superiores. Já nestas equipas, existe maior autoridade discricionária na tomada de decisões sobre como funciona o grupo e como se realiza o trabalho.

Não quero dizer que as lideranças e as chefias de equipa são totalmente nocivas. Desejo, acima de tudo, chamar a atenção para a necessidade destas lideranças e chefias procurarem incessantemente questionamentos acerca das suas posições e estimularem o debate entre os demais membros da equipa.

1.2.2- Cultura Organizacional

Desde a década de 1940 que diversos estudiosos da teoria organizacional se têm preocupado em delinear quais seriam as características e atitudes, influências e experiências vivenciadas que melhor identificam um dirigente com real efectividade nas

suas acções perante os profissionais da equipa que coordena e tendo em conta a importância dos objectivos individuais, colectivos e organizacionais

Um número crescente de investigações alerta para a necessidade de ter reforçar, na gestão das organizações, o estatuto dos diversos grupos de actores e das respectivas estratégias para a defesa dos seus interesses de grupo e individuais.

Para Schein (1990), citado por Neves (1994: 330), a Cultura Organizacional define-se como um conjunto de valores, normas de comportamento, artefactos e padrões de comportamento que governam a forma como as pessoas interagem numa organização e o modo como se empenham no trabalho.

Para Morey e Luthans (1985), “a cultura não é um atributo de um indivíduo mas sim dos grupos, é algo que é partilhado e padronizado, e à medida que os componentes individuais interagem todos os dias numa organização, eles vão colectivamente criando essa cultura organizacional” (Neves, 1994).

Há ainda autores que defendem que a Cultura Organizacional se estabelece através da comunicação (Gomes, 1996: 353/96). É através das pessoas que os acontecimentos e as acções adquirem sentido, identificando o que é apropriado fazer perante situações sociais específicas.

1.2.3 - Uma Nova Lógica Organizacional

A competição acesa no mercado exige das organizações uma nova filosofia, ou seja, um novo modelo organizacional e as organizações de saúde não ficam de fora desta necessidade de se adaptarem aos novos modelos que vão surgindo.

A necessidade de adaptação, ou até mesmo de modificação, do modelo organizacional exige das organizações um sistema de gestão estruturado: planeamento, execução e controle, a fim de assegurar o crescimento e a continuidade das mesmas.

Mudar e aprender são necessários para o desenvolvimento das organizações e o processo de mudança organizacional pode ser focado em diversas formas, envolvendo aspectos ambientais e de gestão, conforme defendem Hickson e Pugh (2004:199).

Uma vez que as mudanças envolvem todas as pessoas da organização, é necessário que estas acedam à cultura organizacional para que não haja conflitos neste processo. Tal significa que antes de qualquer mudança é necessário conhecer a vida da

organização, o seu funcionamento, quais as suas normas, os seus valores e as suas crenças.

As mudanças dão-se mais rápida e eficazmente quando todos os envolvidos no processo actuam de forma participativa. Hickson e Pugh (2004:190) abordam o estilo de gestão participativa descoberto por Likert, de que apontam as seguintes características:

- a) Recompensas económicas;
- b) Participação e envolvimento das pessoas da equipa no estabelecimento de metas de alto desempenho e na melhoria dos métodos de trabalho;
- c) Comunicação precisa nos dois sentidos e entre colegas;
- d) Subordinados e superiores são muito próximos psicologicamente;
- e) O processo de tomada de decisão é predominantemente realizado em grupos e dá-se em toda a estrutura formal da organização;
- f) A organização é vista como uma série de grupos que se sobrepõem;
- g) Cada grupo está ligado ao resto da organização por meio de pessoas (elos) que pertencem a mais que um grupo.

Também as organizações hospitalares aderiram à supremacia das equipas (denominadas como equipas multidisciplinares) como modelo de organização do trabalho em saúde. O trabalho de equipa melhorando a qualidade nos cuidados prestados, este modelo foi adoptado na crença de agrupar diversas competências e conhecimentos para que haja melhor eficácia e melhor coordenação.

De modo específico, as organizações que actuam na área da saúde sabem que o papel da comunicação exerce um extraordinário poder de equilíbrio, desenvolvimento e expansão tanto no tratamento dos Utentes como na relação entre profissionais.

A comunicação é um instrumento potenciador de relação interna entre os profissionais, utentes e valores de uma instituição e fornece a base para um relacionamento adequado e positivo para melhorar as práticas de todos os que trabalham em conjunto: “seja por meio de palavras faladas e escritas, seja por meio de gestos, expressões faciais e corporais, o trabalho na área de saúde exige do profissional o conhecimento desse processo chamado comunicação interpessoal e dos seus fundamentos básicos” (Silva, 1996:20).

A dinâmica organizacional, que visa coordenar recursos humanos e materiais para atingir objectivos definidos, processa-se por meio de interligação e relacionamento dos membros e seus sistemas constitutivos. Podemos perceber desde então, a importância da interacção e de uma eficaz comunicação que englobe todos os colaboradores e departamentos administrativos da organização até à Administração Hospitalar.

Vendo a comunicação como uma necessidade humana, a comunicação interna está além de apenas informar os funcionários e voluntários sobre as decisões, acções e comportamentos da organização. Aumenta igualmente o envolvimento da equipa multidisciplinar e dos doentes incrementando a qualidade nos serviços prestados.

Segundo Jesuino (1987, citado por Ferreira, 1998), comunicar é o meio pelo qual dois ou mais intervenientes produzem e interpretam significados e, de certa forma, constroem e põem em comum um entendimento recíproco. Nesta medida, a comunicação é um processo complexo, de contornos fluidos e pouco delimitados, já que a troca de significação está subjacente, em maior ou menor dimensão, a todos os fenómenos psicossociais.

A comunicação interna fornece às organizações e aos seus profissionais, fontes de informações existentes e propicia o entendimento, frequência e clareza no processo comunicacional positivo em busca de resultados. Deste modo, trabalha-se a missão e políticas da organização assegurando um envolvimento da equipa multidisciplinar.

Para os membros de uma instituição, a falta de informações claras e adequadas e/ou a fragmentação destas dificulta o processo de comunicação entre os trabalhadores e destes com os gestores. Desse modo, constitui forte entrave à democratização e humanização das relações de trabalho e contribui negativamente para a qualidade dos serviços (Saeki *et al*, 2002).

Na equipa multidisciplinar, é essencial que a comunicação promova a interacção permanente entre profissionais e pacientes, visando um melhor relacionamento interno e qualidade nos atendimentos realizados, utilizando as competências de cada profissional.

A comunicação organizacional reflecte os valores e políticas da organização, rompendo fronteiras e barreiras. Para tal, é importante que a comunicação interna seja planeada e estruturada, evitando a disponibilização de informações distorcidas e obtendo resultados positivos, ao envolver os profissionais como um sistema integrado.

Considera-se que a comunicação deve ser eficiente com os indivíduos internos e externos à equipa.

Na perspectiva da comunicação e do relacionamento, os profissionais da área de saúde, no contacto uns com os outros, devem ter disciplina, sensibilidade e afectividade como companheiros de trabalho, a fim de darem continuidade ao objectivo da organização e da equipa que representam, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos doentes e, no caso concreto deste estudo, aos doentes com patologias de saúde mental.

1.3 - As Organizações da Saúde

As organizações de saúde constituem um sistema cujos elementos são interdependentes, formando um todo unitário. A dinâmica organizacional, que visa coordenar recursos humanos para atingir objectivos definidos, processa-se por meio da interligação e do relacionamento dos membros e dos seus sistemas constitutivos. Podemos perceber então a importância da interacção e de uma eficaz comunicação que englobe todos os colaboradores, desde os departamentos administrativos da organização, até à cúpula da Administração.

Uma organização de saúde, ao promover a prestação de serviços, procura auxiliar os utentes através de um conjunto de actividades que visem a satisfação das suas necessidades. É por isso fundamental existir eficácia ao nível dos serviços prestados, para que se possam avaliar os ganhos decorrentes da aplicação de um determinado tratamento ou da prestação de um determinado serviço, em termos dos ganhos em qualidade de vida. Deve-se por isso realizar uma avaliação à priori e à posteriori para se obter um ponto de comparação e dessa forma desenvolver esforços que contribuam para o aumento da satisfação e dos ganhos dos utentes. Tal aumento só é possível quando existe um esforço conjunto de toda a organização, através da implementação de medidas que visem um planeamento prévio, comunicação e motivação, tendo por base uma responsabilidade colectiva dos profissionais intervenientes.

Os meios a disponibilizar incluem uma eficaz liderança, aliada a uma adequada política de gestão das pessoas, com o fim máximo de obter a satisfação dos profissionais envolvidos e tornar mais fácil para a organização de saúde encontrar soluções para os problemas com que se depara diariamente.

Segundo Turner, citado por Weick e Sutcliffe (2001: 120), parte da efectividade das organizações assenta na capacidade de unir vários indivíduos e de os fazer partilhar uma mesma abordagem, pontos de vista e prioridades semelhantes com o objectivo de, colectivamente e de forma sustentada, dar resposta a novos problemas.

1.3.1 – O Modelo Organizacional Hospitalar

Segundo Steudler (1974), o hospital contemporâneo apresenta dois sistemas lógicos distintos. Por um lado, existe a lógica científica e técnica do corpo profissional (médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de serviço social, administrativos e auxiliares); por outro lado, existe a lógica economicista e racionalizadora da administração hospitalar.

Graça Carapinheiro (1997), a partir de uma discussão construída no campo da Sociologia, problematiza o hospital a partir de três vertentes teóricas principais. Numa primeira aproximação ao tema, utiliza a produção de autores que vão tentar revelar o quanto o hospital é ou não uma burocracia, no sentido weberiano do termo, para concluir que o hospital é uma burocracia de tipo especial, ou melhor, é um tipo de organização que apresenta componentes de funcionamento burocrático. Uma burocracia modificada, pode-se dizer, ou uma burocracia convivendo tensamente com uma organização que também funciona dentro de uma lógica adocrática. Tais considerações, mais do que um interesse meramente académico, têm grande importância na abordagem às dificuldades e contradições na coordenação hospitalar.

As profissões do universo hospitalar, tal como de outras áreas profissionais, constituem-se como microcosmos da vida social, impregnadas das principais componentes do meio social onde se encontram inseridas. Porém, não é tanto sobre as semelhanças com outros contextos profissionais que pretendo colocar a tónica da minha abordagem, mas sim sobre as eventuais diferenças que precisamente as distingam e sobre a forma como convivem entre si.

O poder técnico e a gestão administrativa criam permanentemente divergências que colocam em causa o bom desempenho dos vários profissionais que desenvolvem a sua actividade centrada no doente. Se, por um lado, a preocupação dos técnicos é envolverem-se o mais possível no tratamento dos doentes, tentando aplicar os seus conhecimentos e relacionando-se com outros colegas de modo a cuidar do doente da melhor maneira possível, a Gestão Administrativa vive centrada nas questões de absoluta minimização de gastos, quer a nível dos recursos humanos como materiais. Estas duas posturas são potenciadoras de conflitos que geram tensões complexas, designadamente entre os profissionais de saúde e a Administração hospitalar.

Como diz Salgueiro, “a capacidade para gerir as mudanças depende da disponibilidade de recursos humanos qualificados, equipados com os conhecimentos mais avançados nos domínios técnicos e de gestão” (Salgueiro, 2001: 43). Torna-se, por isso, importante que a organização de saúde adopte medidas que permitam encontrar soluções para os actuais problemas, por intermédio da antecipação, adaptação permanente e flexibilidade de soluções que assentem numa visão inovadora, focada no trabalho interdisciplinar.

O grande desafio organizacional no âmbito da promoção duma melhor interacção relacional, prende-se não só com a definição do que se deve dar ao utente mas também com a forma de o fazer. É na inter-relação profissional que a resposta a este dilema implica, que reside a solução.

1.4 – Sociologia das Profissões

Segundo Maria de Lurdes Rodrigues, “a sociologia das profissões não tem qualquer tradição em Portugal” (Rodrigues, 1997:129). Tal verifica-se não só devido à insuficiência de estudos relativamente à institucionalização de muitas profissões em Portugal, mas também à falta de preocupação ao nível dos estudos sócio-históricos sobre as instituições de ensino e de formação, e sobre as organizações profissionais e seu contributo em relação ao Estado.

Assim, é relativamente recente a utilização de instrumentos de conhecimento por parte da sociologia, que vão sendo apropriados e utilizados de forma a contribuir para uma preocupação e interesse cada vez mais premente para com as profissões.

O trabalho, a actividade profissional a que cada um dedica uma parte considerável do seu tempo, a profissão, é um elemento central na definição do Eu individual e social que identifica uma pessoa. Hughes (1996: 75) afirma mesmo que “a profissão é um dos elementos considerados para fazer um julgamento sobre alguém e, certamente, um dos elementos que mais influencia a forma como cada um se julga a si próprio”.

As profissões surgem na Idade Média enquadradas pelas instituições religiosas. Na altura do Renascimento, as profissões mais importantes eram as de teólogo, jurista e médico, sendo que foram secularizadas as duas últimas. Com a Revolução Industrial e o progresso da ciência, aumentam o número e o tipo de profissões resultantes da necessidade de especialistas.

O aparecimento e desenvolvimento das profissões nas sociedades modernas vieram contribuir para organizar a sociedade. Em certa medida, elas tiveram um papel de regulação e equilíbrio social ao intermediarem as relações entre o patronato e os trabalhadores.

É nesta perspectiva que acho importante reflectir na teoria clássica que iniciou a discussão sobre a distinção entre profissão e ocupação. Esta distinção tem como base princípios economicistas sendo que, segundo esta teoria, os indivíduos detentores de uma ocupação estão ao serviço de um empresário e recebem um salário, enquanto um indivíduo com uma profissão recebe um honorário cobrado directamente à clientela (este indivíduo está associado às profissões liberais). Assim, as profissões distinguem-se das ocupações pela posição de força sobre o mercado económico e é deste modo que as primeiras são detentoras de monopólio e exclusividade, sendo sustentadas pelas instituições e pelas suas credenciais, bem como por associações de pares, de modo a constituírem comunidades unidas por valores morais e éticos, com o objectivo de servir a comunidade.

Neste campo, cabe à sociologia das profissões centrar a sua análise nas situações, nos acontecimentos vividos, experimentados pelos actores sociais, encarados como produtores activos das relações e das configurações profissionais. Isto é, estudar as interacções enquanto resultado de coreografias concebidas, interiorizadas, produzidas e reproduzidas pelos actores. As interacções desenham formas de comportamento, mas

também formas de representação objectivadas em transacções comunicacionais onde o discurso e a linguagem adquirem um papel central.

Esta linha de pensamento vai de encontro ao estudo de Graça Carapinheiro (1997) e à sua abordagem interaccionista das profissões. Estas são abordadas como categorias, nas quais os atributos, os elementos de estrutura, os discursos e as práticas são instrumentos que contribuem para o processo de profissionalização, onde a descrição das situações profissionais na primeira pessoa dos actores sociais, é a principal matéria-prima para o estudo sociológico. Qualquer estudo não poderá nunca esquecer a dimensão temporal, de modo a combinar de forma criativa, mas sustentada, o presente com as antecipações relativamente ao futuro e de modo a considerar a importância dos ciclos de vida dos profissionais, bem como as suas trajectórias. O facto do mundo profissional ser um jogo que se desenvolve em múltiplos tabuleiros e que envolve múltiplos actores, é um elemento essencial a ter em conta em qualquer estudo.

Segundo a corrente dominante da sociologia das profissões, é necessário ter em conta que as profissões apresentam, normalmente, um elevado reconhecimento social e simbólico, sendo mesmo consideradas uma forma de “organização social superior” (Durkheim, 1977).

Segundo Freidson (1986), as profissões não se podem caracterizar como grupos homogéneos de indivíduos, nem se podem constituir como uma verdadeira classe, visto nem sempre partilharem interesses comuns. Pelo contrário: os membros das diversas profissões apresentam características e especificidades múltiplas, histórica e geograficamente variáveis, ocupando posições hierárquicas diversificadas nas organizações onde exercem as suas actividades, podendo obter níveis diferenciados de prestígio, de poder, de competência e de autoridade. Assim, as profissões são formadas por grupos heterogéneos de indivíduos, onde o exercício dos seus poderes, saberes e autonomia é delimitado, quer a partir dos contextos singulares das organizações nas quais e para as quais exercem as suas actividades, quer em função das representações sociais sobre cada profissão.

O conceito de Profissão, no quadro das “profissões sociais” (Dubar, 2003; Dubar e Tripier, 1998; Fraisse, 2004), reporta-se a uma actividade laboral marcada por uma contradição fundamental: a actividade técnica está sempre inscrita numa actividade normativa (moral ou ética). Isto significa que a profissionalidade desta actividade está,

quer do ponto de vista histórico, quer do ponto de vista da actualidade, imersa numa imbricação que a constitui e que lhe dá sentido (ainda que um sentido paradoxal): a implicação pessoal (ética) constitui um dos traços específicos que configuram o perfil profissional dos profissionais que se inscrevem na “intervenção social” (Dubet, 2002; Karsz, 2004; Ion e Ravon, 2005).

As profissões tendem a manifestar publicamente a importância dos seus saberes e saberes-fazer, para que os seus leques de conhecimentos sejam reconhecidos e legitimados como socialmente úteis. Para poderem atingir este objectivo vão gerando um monopólio e uma “uniformização” dos seus desempenhos, papéis e práticas sociais, dentro da sua actividade profissional. Existem também por parte dos grupos profissionais algumas estratégias que procuram maximizar recursos e resultados, restringindo muitas vezes o acesso ao seu grupo profissional, desencadeando processos de fechamento social que lhes permitem perpetuar as vantagens da inclusão.

A profissionalização é um processo de constituição de um monopólio de saberes e competências e de um mercado de clientela para a sua aplicação, requerendo o apoio e a protecção do Estado. A este processo interliga-se o exercício da dominação sobre as categorias profissionais concorrentes, que lhe estão funcionalmente articuladas (Carapinheiro, 1993: 72).

As profissões em contexto hospitalar estão sujeitas a diversas regras e normas internas, legitimadas através do poder hierárquico nestas organizações. A investigação sociológica das profissões em contexto hospitalar depara-se com inúmeras dificuldades e obstáculos, nomeadamente a diversidade profissional que se desdobra em múltiplas actividades quotidianas, algumas de rotina, outras de carácter excepcional. A complexa teia de relações socioprofissionais, onde se interligam as regras formais e informais do hospital, é neste campo outra das barreiras à pesquisa no terreno, para além da resistência dos próprios agentes sociais da organização à presença de elementos estranhos ao serviço, como é o caso dos investigadores (Areosa e Carapinheiro, 2008).

O hospital contemporâneo caracteriza-se, cada vez mais, como um universo fragmentado de saberes e poderes profissionais, frequentemente sobrepostos, devido à ausência de fronteiras ou delimitações objectivas das múltiplas fontes de poderes e saberes. No entanto os profissionais que actuam neste contexto são cuidadores, logo a sua forma de actuar tem de ser diferente de outras profissões: “Um prestador de

cuidados é um profissional que cuida de uma pessoa (ou de um grupo de pessoas) com preocupações ou problemas de saúde, para ajudar a melhorar ou a manter a saúde, ou para acompanhar essa pessoa até à morte. Um profissional que não deve, em caso algum, destruir a saúde dessa pessoa.” (Gineste e Pellissier, 2007)

CAPITULO II – O TRABALHO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE

2.1 – Conceito de Equipa

Uma equipa é um conjunto de pessoas com objectivos comuns actuando no cumprimento de metas específicas. A formação da equipa deve considerar as competências individuais necessárias para o desenvolvimento das actividades e o cumprimento das metas. O respeito pelos princípios da equipa, a interacção entre os seus membros e, especialmente, o reconhecimento da interdependência entre os seus elementos na consecução dos resultados, deve favorecer, ainda, os resultados das outras equipas e da organização como um todo.

“As Equipas superam a performance de pessoas que actuam sozinhas, especialmente quando a performance exigida inclui múltiplas habilidades, capacidade de julgamento e experiências diversas” (Katzenbach, 1994).

A equipa define-se como um grupo dinâmico de profissionais empenhados em objectivos comuns, com tarefas e responsabilidades partilhadas, em que o acto de trabalho cooperado potencia tudo o que é realizado.

Beaudin citado por Caetano (2001:338) refere-se à interdependência como “conceito chave da equipa de trabalho (...): o carácter formal desta interdependência entre os membros pode ajudar-nos a distinguir um simples agregado de indivíduos de uma equipa de trabalho no contexto organizacional”. Diz-nos ainda o autor (2001:337) que “a equipa constitui ela própria um sistema social, no sentido em que tem fronteiras bem definidas e membros com funções diferenciadas, mas simultaneamente interdependentes na concretização de objectivos”. Segundo Johnson citado por Caetano (2001:344), “o desempenho do grupo depende da forma como aqueles elementos estão estruturados.” Assim um grupo com um elevado desempenho reúne um determinado número de parâmetros, como serem detentores de um objectivo mútuo, funcionarem em alta interdependência, existir entre eles uma interacção que promova a eficácia e constituírem-se como um grupo de forte identidade e com um relacionamento positivo.

O que diferencia uma equipa de um grupo é a implicação dos membros num objectivo comum, num desempenho comum e em que o resultado final supera a simples adição aritmética das partes. Segundo Hackman (1990), uma equipa é um grupo de

pessoas interdependentes em matéria de recursos, informação e competências que combinam os seus esforços com vista a alcançar um objectivo comum.

A interdependência na equipa significa que os seus membros não podem alcançar os objectivos individualmente, mas sim devem contar uns com os outros, e cada um dos membros afecta os outros em termos de informação, conhecimentos, recursos, entre outros. As equipas possuem uma fronteira e apresentam estabilidade ao longo do tempo.

Por sua vez, Drucker (1998) afirma que a equipa é um grupo, geralmente pequeno, de pessoas que possuem formação, habilitações, conhecimentos diversos e que procedem de vários sectores da organização, trabalhando juntas numa área específica. O autor ainda acrescenta a questão da responsabilidade: numa equipa cada um de seus membros se sente responsável pelo resultado, uma vez que todos conhecem a tarefa a ser desenvolvida em conjunto.

Neste estudo, utilizarei como base de trabalho este conceito de Drucker.

2.2 – Trabalho em Equipa

O trabalho em equipa foi definido, citando um comité de peritos da OMS ³, como “um método de trabalho visando um objectivo comum, que permite a muitas pessoas utilizarem o melhor possível as suas qualidades individuais, associando as suas competências à sua experiência”.

O trabalho em equipa pode e deve estar presente onde se pretende trabalhar com pessoas que sejam críticas, participativas, dinâmicas, participantes de processos decisórios e responsáveis.

Todos os membros devem possuir um pensamento positivo e devem optar por uma postura flexível a novas ideias. Basta que um dos elementos seja pessimista ou derrotista para todo o trabalho se encontrar em risco. Os membros de uma Equipa devem estar atentos a distrações e falhas na produtividade para que, se tal acontecer, o grupo volte rapidamente a encontrar o caminho previamente delineado.

O trabalho em equipa obriga-nos a um exercício de comunicação e a pensar em situação de cooperação. Toda a comunicação produz aprendizagens, pois põe em comum experiências de sujeitos diversos e diferentes saberes profissionais.

A eficácia da produção dos serviços de saúde resulta da composição e cooperação do trabalho de diversos profissionais, da complementaridade e da interdependência das suas acções. Estas não ocorrem automaticamente, mas dependem de conexões percebidas e introduzidas activa e conscientemente pelos profissionais / equipas de saúde.

O trabalho em equipa não implica eliminar as diferenças, mas alimentar o diálogo entre os profissionais e as diferentes áreas, contribuindo para o avanço da democratização e da ética nas relações de trabalho e no próprio trabalho.

A interacção e a troca de ideias entre os membros de uma equipa permitem que cada um obtenha um enriquecimento pessoal de conhecimentos, maximizando assim o aproveitamento dos talentos de cada um. Ao fomentar o espírito de entreajuda, geram-se relações de confiança, flexibilidade e desenvolvimento de objectivos e expectativas. Se, por um lado, permite uma distribuição da responsabilidade por todos os membros da equipa, por outro lado, essa descentralização de poder resulta numa maior responsabilidade individual, levando assim a que cada um obtenha maior empenho e maior motivação nas metas a atingir. Como consequência, operacionaliza-se uma maior produtividade para o grupo, atingindo-se os objectivos pretendidos e alcançando metas que superam muitas vezes significativamente as melhores expectativas.

Quando se consegue formar uma equipa em que todos os elementos possuem uma grande capacidade de trabalho, é-se capaz de gerar um conjunto de mais-valias para a organização potenciador de maior produtividade e satisfação. Os elementos da equipa, ao sentirem que todos estão a trabalhar em torno de um objectivo comum, sentem-se mais envolvidos e conseqüentemente mais disponíveis para partilhar conhecimentos úteis ao grupo.

As equipas de saúde tendem a organizar-se mais eficazmente no sentido de corresponder às expectativas que a sociedade deposita nelas. Nesse sentido, para além do reforço da lógica de trabalho em equipa, a adopção de formas de trabalho conjunto entre os vários profissionais tem assumido uma crescente importância na organização dos serviços de saúde.

De facto, o trabalho produzido quer por equipas uni-profissionais quer multiprofissionais oferece, em termos genéricos, maiores recursos para a resolução de

³ Organização Mundial de Saúde

problemas, um “maior estímulo à produtividade, um aperfeiçoamento do processo decisório, um maior compromisso dos vários membros da equipa para com as tarefas, e um aumento da motivação e disciplina dos membros” (Schermerhorn, 1999: 286).

2.3 – Equipa Multidisciplinar

Um grande desafio da gestão actual corresponde a lidar com a especialização do trabalho sem, contudo, conduzi-lo a acções fragmentadas entre os profissionais de saúde.

Dado um contexto social complexo, cada pesquisador lançará o seu olhar específico, colocando os “óculos” do seu referencial teórico. O político problematizará as questões que envolvem o poder, o antropólogo visualizará as questões sob a óptica da cultura, o sociólogo fá-lo-á a partir dos movimentos sociais. Será no entre cruzamento destes olhares que se fará a inter e transdisciplinaridade. E é neste sentido que se constitui a multidisciplinaridade (Arendt, 1997:12).

A Equipa multidisciplinar deve ser composta por profissionais de diversas áreas, com formações académicas diferentes, e que trabalham em prol de um único objectivo. Esta equipa permite uma acção clínica ou educativa unificada decorrente de ângulos diferentes do saber. Ao contrário da visão isolada de cada um dos seus representantes, que possuem um olhar para o problema baseado exclusivamente na sua experiência, a equipa multidisciplinar permite dotar os seus elementos de estratégias com as quais podem construir uma resposta mais integradora à situação em questão.

Os conceitos de interdisciplinaridade e transdisciplinaridade são importantes para a formulação da definição do trabalho em equipa multidisciplinar. Segundo Peduzzi (2001), o trabalho em equipa é uma modalidade de trabalho colectivo que é construído por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação (Peduzzi, 2001: 103-109).

O trabalho em equipa numa perspectiva transdisciplinar requer humildade e disponibilidade por parte de cada profissional, pois é, em suma, um movimento de reconhecimento da posição do outro em relação a mim e de mim em relação ao outro. Essa compreensão coloca o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como necessidade fundamental e uma estratégia mais exequível e desejável do que a tentativa

de criar superprofissionais de saúde: o objectivo é formar profissionais competentes para o atendimento de toda e qualquer necessidade dos cidadãos.

A exigência interdisciplinar impõe a cada especialista que transcenda a sua própria especialidade, tomando consciência dos seus próprios limites para acolher as contribuições das outras disciplinas.

Compreenda-se então as palavras Multi ou Pluridisciplinaridade: justaposição de duas ou mais disciplinas, com objetivos múltiplos, sem relação entre elas, com cooperação mas sem coordenação situada num nível superior. A interdisciplinaridade está directamente relacionada com a actuação da profissão e das suas atribuições, responsabilidades e métodos de trabalho no âmbito institucional.

Ao trabalho feito em conjunto e composto por profissionais de diferentes áreas ou que envolve pessoas com formações diversas, chamamos Equipa Multidisciplinar.

Para que possamos considerar uma equipa multidisciplinar, é necessário haver rigor e sistematização do conteúdo levantado e discutido nas reuniões, periodicidade dos encontros entre os profissionais (com data e horário fixos), tempo para preparação de seminários, relatórios, estudos interdisciplinares. Além disso, é preciso haver uma supervisão colectiva constante entre os próprios profissionais da equipa para que cada um: a) possa avaliar o seu trabalho e o dos outros, questionando os pressupostos e verdades da sua profissão; b) apresente as suas dúvidas; c) esclareça e complemente os seus conhecimentos com a divulgação das informações das outras áreas do saber.

Estas Equipas compostas por profissionais oriundos de diferentes áreas de formação chegaram para responder à complexidade e à multidimensionalidade dos problemas existentes na sociedade contemporânea, nomeadamente ao nível da saúde.

Considero uma equipa multidisciplinar a que é formada por vários profissionais que assistem directamente os indivíduos: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e assistentes operacionais. Cabe-me salientar que a equipa multidisciplinar tem a sua formação centrada nas necessidades da pessoa, portanto, ela não tem que ser obrigatoriamente pré organizada.

A equipa Multidisciplinar vai-se organizando e construindo ao longo do tempo de trabalho em grupo, por força da incapacidade que o trabalho individual tem de dar respostas completas e integradas. Como resultado, vai-se percebendo a importância da interdependência dos profissionais das diferentes área do saber, com o propósito de

satisfazer as necessidades globais da pessoa, proporcionando bem-estar em todas as dimensões.

Quanto ao trabalho interdisciplinar, fica claro que o desenvolvimento bem-sucedido de qualquer projecto requer um planeamento contínuo das disciplinas separadamente e em conjunto. Os vários intervenientes envolvidos devem trocar as experiências vivenciadas e avaliar cada fase do projecto, bem como os objectivos atingidos por cada um dos participantes na construção do resultado final.

Uma equipa será transdisciplinar quando a sua reunião congregar diversas especialidades com a finalidade de uma cooperação entre elas sem que uma coordenação se estabeleça a partir de um lugar fixo. É claro que isso gera, de saída, um problema: como evitar a verticalidade de uma coordenação? Isto é, como evitar que uma especialidade se torne uma espécie de juiz no processo de tomada de decisão? A transdisciplinaridade deve ser encarada como meta a ser alcançada e nunca como algo pronto. Deverá ser tida como um modelo aplicável e um desafio que serve de parâmetro para que todos os membros da equipa estejam atentos para eventuais cristalizações e centralizações do poder.

2.4 - Importância da comunicação na equipa multidisciplinar

A Comunicação é uma área de estudo caracterizada pela natureza híbrida e, por vezes, contraditória das suas fundações científicas. As origens diversas do estudo da comunicação constituem, simultaneamente, um desafio à multidisciplinaridade e um terreno fértil para o debate teórico e metodológico. Com efeito, a compreensão das actividades comunicativas humanas não pode ser separada da compreensão daquilo que é um ser humano – “como organismo, como ser mental e como entidade social, num universo de forças dinâmicas...” (Arnold e Frandsen, 1984: 3).

A comunicação interdisciplinar é hoje uma exigência e um desafio para todos os profissionais, instituições e organismos que estão empenhados na cooperação intersectorial em saúde, pois permite cuidados mais completos e eficazes, centrados nas necessidades dos utentes. A acção dos profissionais também se evidencia como mais estimulante e organizada.

Apesar de se reconhecer o carácter transversal da comunicação em todas as dimensões do cuidar (técnica, funcional e relacional) e eventualmente ser ela própria

considerada uma competência, pode-se afirmar que a mesma está predominantemente relacionada com a dimensão relacional, dado que apesar de existirem técnicas comunicacionais, a mesma não pode existir sem relação. (Oliveira, 2004:35).

A eficácia e a eficiência da gestão, quer de uma organização no seu conjunto, quer de um departamento ou unidade organizativa, só são possíveis se os gestores a qualquer nível, forem dotados de capacidade de comunicação. A comunicação faz parte de uma dinâmica como papel estratégico no envolvimento de todos os profissionais.

A aprendizagem para uma eficaz comunicação passa pelo desenvolvimento de algumas competências, nomeadamente: empatia, saber ouvir, observação, escolha de vocabulário, linguagem corporal e comunicação pela acção.

Uma gestão da comunicação deverá maximizar as relações comunicacionais existentes, concedendo à comunicação interna o papel estratégico para o desenvolvimento dos recursos humanos.

A comunicação dentro de uma organização tem uma importância crucial para o desenvolvimento de um quadro de referências comum a todos os trabalhadores acerca do que é a organização, e conseqüentemente uma enorme importância na consolidação da identidade da mesma.

As reuniões entre os diferentes membros da equipa multidisciplinar permitem uma transmissão correcta da informação, em contraposição à comunicação acidental que por vezes causa perda de informações valiosas. Na maioria dos casos a comunicação entre enfermeiro e médico, por exemplo, processa-se nos “corredores” de um modo casual, sem a garantia de uma correcta compreensão ou valorização daquilo que se comunica. Por outro lado, este contacto estreito assume-se como um valioso contributo para a formação dos elementos da equipa, ao constituir-se uma verdadeira rede de transferência de conhecimentos.

CAPITULO III – OS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL

3.1– Breve história dos cuidados e dos cuidadores de saúde mental

Durante a segunda metade do séc. XX, assistiu-se a uma mudança no paradigma de prestação de cuidados das pessoas portadoras de doença mental. Esta mudança, segundo a OMS, ficou a dever-se, em grande parte, a três factores: aos avanços da psicofarmacologia e ao desenvolvimento de novas modalidades de intervenção psicossocial; ao movimento a favor dos direitos humanos; à incorporação de componentes sociais e mentais na definição de saúde da OMS em 1948.

O sistema de saúde mental em Portugal mostra alguns aspectos positivos na evolução das últimas décadas. Foi um dos primeiros países europeus a adoptar uma lei nacional (1963) de acordo com os princípios da sectorização, a qual permitiu a criação de centros de saúde mental em alguns distritos e o aparecimento de vários movimentos importantes, tais como os da psiquiatria social e da ligação aos cuidados de saúde primários.

Em termos formais, esta lei coloca Portugal entre os pioneiros do modelo de saúde mental comunitária, uma vez que foi muito influenciada pelo “*Mental Health Act*” dos EUA, prevendo a criação de Centros de Saúde Mental de base distrital, como estrutura básica de intervenção e prestação da globalidade de cuidados assistenciais à população abrangida (Portugal DGS, 2004).

O Decreto-lei n.º 413 de 1971 relacionou a perspectiva legislativa com a política de saúde mental já comum nas realidades europeias, na forma como estruturou a articulação dos serviços de saúde mental com outros serviços de saúde, integrando a Direcção Geral de Serviços de Saúde Mental na Direcção Geral de Saúde e criando-se a psiquiatria de ligação. Apenas nos anos 90, com o Decreto -Lei 127/92 de 3 de Julho, esta integração da saúde mental no sistema nacional de saúde, várias vezes tentada desde 1971, se vem a verificar, extinguindo-se os centros de saúde mental e integrando-se os centros de saúde mental infanto-juvenis nos hospitais gerais, centrais e distritais (Portaria 750/92 de 1 de Agosto). Desde essa altura, quase todos os hospitais possuem departamentos e urgência psiquiátricos. A Lei de Saúde Mental, publicada a 24 de Julho de 1998 (Lei n.º 36/98), indica a criação de uma rede diversificada de respostas

articuladas entre si, alicerçada na colaboração interministerial e com as organizações sociais comunitárias, que acabou por não se concretizar.

Em Portugal, a recém-criada Coordenação Nacional para a Saúde Mental, do Alto Comissariado para a Saúde, reflecte a saúde mental como área prioritária no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Assim, esta comissão (enquadrada através do Despacho n.º10464/2008, de 9 de Abril) teve como objectivos: o estudo da situação da saúde mental da população portuguesa; a criação de programas de promoção do bem-estar e da saúde mental da população e da prevenção, tratamento e reabilitação das doenças mentais; a organização de serviços de saúde mental de adultos, da infância e adolescência; a articulação dos cuidados psiquiátricos com os cuidados de saúde primários e continuados; a participação dos utentes e dos cuidadores na reabilitação; a integração social das pessoas que sofrem de problemas mentais graves.

Dentro das suas responsabilidades encontra-se o acompanhamento do Plano Nacional de Saúde Mental 2007/2016, aprovado através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 de 6 de Março. Este plano, resultante do trabalho da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (CNRSSM), tem por objectivos principais: assegurar a equidade no acesso a cuidados de qualidade a todos quantos apresentem problemas de saúde mental (incluindo grupos especialmente vulneráveis), proteger os seus direitos humanos, reduzir o impacto das perturbações mentais, descentralizar e integrar os cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde.

No campo da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica (que já vem da lei de 1963, passando pela de 1998 e presente no actual Plano de Saúde Mental de 2007/2016), questiona os saberes e as práticas psiquiátricas centradas na prática asilar, que conduzia à exclusão social do doente crónico e propõe a desinstitucionalização como mecanismo de ruptura com o modelo assistencial.

A criação de serviços descentralizados foi um desenvolvimento com um impacto muito positivo para a melhoria da acessibilidade e qualidade dos cuidados, permitindo respostas mais próximas das populações e uma articulação maior com centros de saúde e agências da comunidade. A cobertura do território nacional por estes serviços ainda é muito incompleta, mas comparando a situação actual com a situação há 30 anos, verifica-se que se deram passos importantes.

A maior parte dos recursos a nível das estruturas que dão resposta aos problemas da saúde mental encontra-se concentrada em Lisboa, Porto e Coimbra.

Serviços criados em vários pontos do país, com excelentes instalações, funcionam apenas parcialmente e, nalguns casos, têm unidades por abrir, por não ter sido possível fixar profissionais, que se têm acumulado nos hospitais dos grandes centros.

No entanto, e pensando a saúde mental, percebemos que o conceito de doença que se lhe aplica, e apesar das causas precisas poderem não ser conhecidas, obriga a que sejam descortinados os factores que a influenciam, podendo estes ser biológicos, psicológicos, e sócio-culturais, ou, de uma forma mais específica, envolverem aspectos relacionados com a genética, traumatismos físicos, condições de nutrição, condições habitacionais, ambiente familiar, intoxicações químicas, desenvolvimento cognitivo e afectivo, estabilidade social, entre outras influências (US Department of Health and Human Services, 1999; WHO, 2001).

Sabemos que as rápidas mudanças sociais que resultam da globalização, do desenvolvimento económico e da industrialização, bem como da urbanização determinada sobretudo por um intenso êxodo rural, têm causado efeitos profundos sobre a estrutura das comunidades, o funcionamento das famílias e o bem estar psicológico das pessoas. Portanto, a satisfação das necessidades dos Utentes não pode ser abordada por um só profissional, mas sim por uma equipa de saúde que aglutina profissionais de categorias e formações diferentes em torno de propósitos comuns, que culminam na prestação de cuidados do mais alto nível aos portadores de doença mental.

Para tal, os profissionais têm de se complementar, articular e depender uns dos outros.

CAPITULO IV – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

4.1 - Os objectivos do estudo, o modelo analítico e as hipóteses de trabalho

Este trabalho tem como objectivo estudar as relações sociais numa Equipa Multidisciplinar que presta auxílio na área da saúde mental. Mais concretamente, pretende analisar as características das relações humanas que se estabelecem em contextos profissionais multidisciplinares.

Pretendo nesta investigação atender a uma compreensão mais ampla dos conceitos de saúde e de saúde mental que considera, além dos aspectos biológicos, os aspectos psíquicos e sociais. A saúde Mental é uma especialidade da saúde de forma geral pouco estudada em Portugal, e muito menos na perspectiva em que se pretende desenvolver este estudo. Uma característica importante da área da saúde mental é o elevado grau de necessidade de cooperação que tem de existir entre os profissionais que desenvolvem as suas práticas nessa equipa de trabalho.

Os serviços de Saúde para as pessoas com doença mental consolidaram-se nos últimos anos, principalmente na busca de alternativas potenciadoras de integração social e no aperfeiçoamento do apoio prestado na comunidade.

A par do desenvolvimento de políticas e medidas inclusivas, o Estado deve assegurar a prestação de serviços especializados em todos os domínios da vida, que visem minimizar as limitações decorrentes da incapacidade económica ou relacional e assegurar o desenvolvimento das potencialidades e capacidades das pessoas com estas carências, com vista à sua plena inclusão social.

Considerando que na maioria das vezes a falta de participação das pessoas com diminuição de funções de ordem física, psicológica, sensorial ou intelectual na sociedade resulta da relação destas com o ambiente, a criação de condições acessíveis é essencial para que estas vejam os seus direitos fundamentais reconhecidos e garantidos.

Sabe-se que o factor humano é de importância relevante para que as Instituições de Saúde possam exercer sua missão na vigilância e atenção à saúde. Corroborando com este pressuposto, Veragara ressalta que: “a gestão de pessoas assume um carácter fundamental porque as empresas / organizações podem ser tudo, mas nada serão se não houver pessoas a definir-lhes a visão e o propósito, a escolher estruturas e estratégias, a realizar esforços [...] Elas são construções sociais. (2005, p.9).”

Crozier no seu livro *Não se muda a sociedade por decreto* (1979) defende a importância dos actores e das suas estratégias, sendo estas determinantes nos processos de mudança. O fundamental em qualquer organização é perceber os seus recursos humanos, e partir da análise destes para a elaboração de objectivos. De modo geral, é necessário apostar-se mais na valorização e mobilização dos recursos humanos, pois este é um factor estruturante e precioso a qualquer organização (Reynaud, 1995: 120).

Significa isto que apesar de serem pressionados a atingirem os seus objectivos num espaço de tempo relativamente curto, estes trabalhadores estão sujeitos a picos de trabalho muito intenso para cumprirem os objectivos organizacionais. A intensidade do trabalho é potenciadora de alguns conflitos internos e de um clima de grande constrangimento.

Como objecto de observação empírica para este estudo foi escolhida a Equipa de saúde mental do Hospital de Santo André em Leiria. O serviço de Psiquiatria do Hospital Santo André, E.P.E., com 43 camas de doentes agudos, está dividido em dois sectores, masculino e feminino. Tem uma área de influência que abrange os concelhos de Pombal, Leiria, Marinha Grande, Batalha, Porto de Mós, Alcobaça, Nazaré, Caldas da Rainha, Óbidos, Peniche e Bombarral.

Ao partir para este trabalho, foram elaboradas as seguintes hipóteses de partida:

- O resultado da interacção entre os intervenientes de diferentes áreas de conhecimento no decorrer do trabalho da equipa multidisciplinar é a aquisição de novas práticas e de novos métodos de trabalho.
- O constante envolvimento profissional dentro da equipa multidisciplinar aumenta a capacidade dos vários actores sociais na resolução dos conflitos internos e na aceitação das diferentes opiniões que são fruto da sua formação académica.
- Os profissionais distinguem entre objectivos individuais e objectivos da equipa quando conseguem articular saberes e conhecimentos com os diferentes actores das diferentes disciplinas.
- Os membros das Equipas multidisciplinares reconhecem a importância dos outros saberes como mecanismos para aumentar os seus conhecimentos.

4.2 - Metodologia

A investigação alicerça-se empiricamente num estudo de caso. Os estudos de caso são pertinentes quando se aplicam a conjuntos relativamente pequenos e restritos (grupos, comunidades, organizações, instituições e empresas, etc.), sendo particularmente úteis quando se procura captar a realidade estudada na sua globalidade. Este método de investigação é particularmente usado para a análise intensiva de empresas/ instituições.

Foi utilizada uma abordagem qualitativa usando as técnicas da análise documental, observação, participação em reuniões de trabalho, entrevista e análise de conteúdo para o tratamento dessa mesma informação.

Este método permitiu-me observar a interacção social em situações trabalho. A observação é a única técnica de recolha de informação que capta os comportamentos dos indivíduos no momento em que são produzidos. Esta técnica é particularmente indicada para estudar as condutas e os códigos de comportamento.

A observação foi aberta, isto é, os profissionais sabiam à partida que a estavam a ser observados. Os focos de tensão entre os vários actores observados ou determinadas características peculiares que ocorreram durante a observação, foram aproveitados no momento da Entrevista para perceber como os envolvidos geriram essas situações e como as resolviam habitualmente.

As entrevistas são utilizadas para desenvolver questões detectadas durante a observação em reuniões e momentos de trabalho colectivo ou para abordar temas considerados relevantes para a investigação. Utilizei as entrevistas ainda como processo de chegar a questões que necessitava abordar para a construção da minha investigação.

Nas entrevistas foram colocadas questões mais gerais com o propósito de conhecer o perfil do profissional referente a sexo, idade e tempo no serviço.

As entrevistas foram direccionadas a 25 profissionais, sendo 3 psicólogos, 5 médicos, 12 enfermeiros, 2 assistentes sociais e 3 assistentes operacionais. Trata-se de uma população relativamente jovem, com menos de 10 anos no serviço, com predominância da faixa etária entre os 35 e os 55 anos e ampla maioria do sexo feminino, sendo que alguns deles dividem as suas tarefas entre a parte do internamento,

a consulta externa e a Urgência Geral. Todos os profissionais consentiram a realização da entrevista após terem sido informados dos propósitos da pesquisa.

Além das entrevistas, foi usada ainda a observação directa, que ocorreu nos momentos que antecederam e que sucederam as entrevistas, envolvendo a prática profissional no dia-a-dia da instituição. Um diário de pesquisa foi elaborado para este propósito. As entrevistas, que duraram, em média 1 hora cada, foram formalmente agendadas e ocorreram no próprio local de trabalho do entrevistado. Todas elas foram gravadas e posteriormente transcritas. No processo de transcrição, quando foi necessário, algumas questões foram destacadas e, para esclarecê-las, procedeu-se a uma nova entrevista com o mesmo sujeito.

A análise das entrevistas obedeceu aos quatro procedimentos metodológicos propostos por Martins e Bicudo (1989): a) leitura global das entrevistas a fim de nos familiarizarmos com o material de pesquisa; b) releitura das mesmas, procurando colocar em evidência os significados atribuídos pelos sujeitos entrevistados aos problemas abordados; c) detecção das “unidades de significado”, indicando momentos destacáveis da percepção dos sujeitos sobre a vivência do fenómeno; d) por fim, os temas relevantes a partir da própria experiência dos entrevistados foram reagrupados em categorias que delinearam a estrutura do universo pesquisado.

4.3 - A Amostra

A amostra foi composta por 25 de profissionais de saúde mental. No processo de amostragem, o primeiro passo foi proceder ao levantamento quantitativo do número dos diferentes profissionais das diferentes áreas existentes na equipa multidisciplinar da saúde mental do Hospital.

A recolha de dados foi feita no período de Janeiro a Junho de 2011. As entrevistas foram de tipo semi-estruturado, elaboradas para responder à questão principal da investigação. Foi dada especial relevância à área de formação/qualificação dos profissionais de saúde mental de acordo com o tipo de vínculo à Organização Hospitalar.

CAPITULO V – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

5.1 - Missão e objectivos da Equipa de Psiquiatria e Saúde Mental do H.S.A

A Equipa do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santo André tem como objectivo assegurar a toda a população do Distrito de Leiria o acesso a serviços habilitados a promover a sua saúde mental, a prestar cuidados de qualidade e a facilitar a reintegração e a recuperação das pessoas com este tipo de problemas.

5.2 - Recursos Humanos

A Equipa de Saúde Mental do Hospital Santo André é constituída por Médicos Psiquiatras, Médicos de Medicina Interna, Enfermeiros, Psicólogos, Técnicos de Serviço Social, Terapeutas Ocupacionais, Assistentes Operacionais (Auxiliares de Saúde) e Administrativos.

Sendo o ser humano um ser complexo, e vivendo nós num mundo que a cada dia reforça a especialização, seria de esperar que, ao lidar com pessoas, fosse necessário um vasto leque de especialistas que, em conjunto, melhor sirva e apoie. Contudo, para que o trabalho resulte em níveis elevados de eficácia, deverá ser realizado em equipa.

Deste modo, o objectivo das equipas multidisciplinares é, em última análise, maximizar capacidades, colmatar as dificuldades e promover activamente a inserção e participação do indivíduo na vida activa. É este o objectivo primordial do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, levado a cabo por uma equipa multidisciplinar em que todos os elementos têm igual importância, quer aqueles que trabalham na Consulta Externa, quer os que desenvolvem a sua prática no Internamento.

Os vários profissionais, que compõem a Equipa trabalham diariamente para assegurar que as pessoas que recorrem a este Serviço, assim como as suas famílias, encontrem um espaço próximo da sua área de residência, da sua realidade e dos serviços locais, que lhes ofereça uma resposta adequada às suas necessidades.

5.3 – Estrutura organizacional

Na sua estrutura, a Equipa de saúde mental agrega os seguintes serviços: internamento de doentes com problemas de saúde mental, apoio psicossocial, consulta externa de psicologia e psiquiatria, serviço permanente de urgência psiquiátrica e equipa de apoio ao internamento de doentes crónicos (Unidade de Internamento permanente).

Um aspecto relevante na qualidade da gestão do trabalho em saúde está relacionado com a estrutura organizacional e com os processos de trabalho, que são ao mesmo tempo produtores e produtos das condições de trabalho em que estão inseridos os actores sociais.

A necessidade de mudança ao nível das práticas organizacionais decorre de elementos tais como: as novas modalidades de organização do mundo do trabalho em saúde e as exigências em relação ao perfil dos novos profissionais; os desafios da transdisciplinaridade na produção de conhecimento; ou ainda a necessidade de cada um reconstruir o seu papel profissional considerando a multiplicidade de factores que se podem gerar pelas práticas multiprofissionais.

5.4 – Envolve Social

Apesar dos avanços ao nível das representações sociais da doença mental e da integração do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental no Hospital Distrital de Leiria, a doença mental na região de Leiria é ainda frequentemente associada a representações de preconceito. O estigma relacionado com a doença mental provém do medo do desconhecido, de um conjunto de crenças que origina a falta de conhecimento e compreensão.

Para combater o actual estigma, a Equipa procura uma melhoria do conhecimento, desmistificando falsas crenças e estereótipos. O Hospital coloca ao serviço do doente e famílias, um conjunto de técnicos especializados distribuídos em equipas multidisciplinares com metodologia de intervenção bio-psico-social, com intervenção no tratamento e reabilitação. O Hospital contribuiu ainda para a desinstitucionalização e para a reabilitação na comunidade, facultando informação e acções de formação às famílias da população utente.

5.5 - Envoltente Ambiental

Nesta rubrica incluo uma inquietação e uma certeza que serviram como tema nas entrevistas a todos os que participaram nesta investigação.

Ao deparar com a estrutura física do Serviço, surgiu-me a inquietação de saber a razão porque um Serviço de Saúde deste tipo se encontra num 4º andar, não tendo espaços verdes para que os utentes internados possam conviver diariamente ou realizar algumas actividades ao ar livre e poderem ver e usufruir da luz do dia, levando-me a interrogar se essa possibilidade de confronto com a realidade natural e ambiental não seria mais um instrumento para a potenciar a eficácia do seu tratamento. Não deveriam os Serviços de Psiquiatria estar instalados em edifícios e zonas de conforto ambiental que fossem forças geradoras de harmonia e bem-estar para a recuperação do doente?

Estando num serviço em que os profissionais se debatem diariamente com problemas de saúde mental e percebem com maior facilidade as necessidades destes doentes, deixo aqui uma opinião de um desses técnicos que me parece bastante pertinente e que nos propõe uma reflexão sobre este assunto:

Entrevistado D 1 – *“A Integração do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental no Hospital geral, por um lado é bom porque não se exclui o doente mental: este é tratado como qualquer outro doente. Isto tem a ver com a evolução histórica dos fármacos e com a possibilidade de a própria intervenção ser feita de outra maneira. Do ponto de vista ambiental ou ecológico, as características do ambiente circundante melhoram a progressão do tratamento, mas existem doentes que nos transmitem que preferem estar num espaço mais fechado. Depende do diagnóstico de cada um. Mas claro, é óbvio que um espaço organizado, limpo, com direito à opção de estar no interior ou no exterior, é um espaço que aumenta e potencia o bem-estar. Mas o Ambiente relacional e humano que se cria no serviço é mais importante do que o ecológico, mas se pudermos juntar os dois melhor...”*

A certeza com que me confrontei é a seguinte: o facto de o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental estar instalado dentro do Hospital como qualquer outro serviço de saúde é uma das causas principais para minimizar a exclusão e o preconceito ou estigma perante a saúde mental.

CAPITULO VI – SOCIOGRAFIA DO ESTUDO DE CASO: OS ACTORES E AS PROFISSÕES

A sociografia dos actores é elaborada a partir de um conjunto de indicadores de caracterização recolhidos durante a entrevista, com os quais se identificam os atributos socioprofissionais da população em análise.

6.1 - O Médico Psiquiatra

A Psiquiatria enquanto especialidade médica e o psiquiatra enquanto detentor de conhecimento de uma área específica agindo isoladamente no trato da doença mental, representavam a ideologia da fragmentação do conhecimento completamente oposta à necessidade da unificação do saber. A Psiquiatria é mais antiga que as restantes áreas que integram a saúde mental e por muito tempo actuou sozinha neste campo, tendo este facto contribuído para que detenha um espaço predominante e/ou isolado, e para que as suas acções frequentemente, e mesmo na actualidade, sejam tomadas como sinónimo de saúde mental. O conceito de saúde mental, contudo, é mais abrangente que o de psiquiatria, e em verdade abriga todas as ciências ou especialidades a ela ligadas.

O entendimento de que a saúde, muito mais que um bem individual, é um património colectivo, transformou todas as actividades médicas em tarefas sociais. A consciência de que a saúde das comunidades e das pessoas, como contrapartida necessária do direito do cidadão, é um dever do Estado, obrigou a um planeamento integrado de todas as práticas de saúde, superando a actuação solitária do médico como agente de saúde, passando aquelas a ser exercidas de forma interdisciplinar e multiprofissional.

A transformação da Psiquiatria em grande agência institucional de bem-estar decorreu desta metamorfose sofrida pela medicina. A Psiquiatria tem sido descrita e reconhecida como o ramo da medicina que se incumbe do diagnóstico e tratamento das doenças mentais.

No Hospital Santo André, é na consulta externa de psiquiatria que se realiza a triagem onde são observados os utentes adultos enviados pelos centros de saúde e hospitais. O objectivo é avaliar cada situação para que seja feito o respectivo encaminhamento consoante as solicitações e necessidades de cuidados.

Efectua-se uma avaliação da situação tendo em conta aspectos como a natureza do motivo de consulta. O quadro sintomatológico é normalmente delineado pelos técnicos da Equipa multidisciplinar de saúde Mental e em especial pelo psiquiatra. Trata-se do primeiro contacto que a equipa tem com o doente e que lhe vai permitir receber orientação e acompanhamento durante o internamento.

6.2 – O Técnico Superior de Serviço Social

O Técnico de Serviço Social foca-se num diagnóstico adequado da situação global do utente. O seu objectivo é delinear objectivos e estratégias individualizadas para garantir que a inclusão no meio físico e social seja a adequada e que favoreça o desenvolvimento e aquisição de competências por parte do utente, que permitam a este último a satisfação pessoal e a autonomia. O T.S.S. Social trabalha com a ambição de que a reintegração e reinserção social no núcleo familiar e social da pessoa portadora de doença mental, seja a chave para o sucesso do tratamento.

Por todo esse trabalho é um dos actores chave na Equipa multidisciplinar visto que é sem dúvida aquele que mais articula e interage com os restantes membros da Equipa e vice-versa.

Todos os profissionais, sejam Enfermeiros, Psiquiatras, Psicólogos ou Terapeutas Ocupacionais, percebem que só por si não podem agir sobre as determinantes sociais que contribuem para o tratamento e reabilitação do doente, e que é necessário uma intervenção integrada no tratamento e reinserção da pessoa com doença mental. O serviço social contribui estrategicamente com os seus métodos e técnicas na implicação dos vários sectores sociais, que extrapolam o clínico e contribuem para a reabilitação do doente, envolvendo famílias, entidades particulares e associações, entre outros grupos da sociedade onde o indivíduo precisa estar inserido desde o tratamento até à reabilitação.

Talvez por todos esses motivos tive a possibilidade de observar que entre estes Técnicos e os restantes o relacionamento interpessoal é baseado na confiança e no valor que é atribuído ao seu desempenho profissional.

Todos os entrevistados de todas as áreas de conhecimento valorizaram e enaltecem o trabalho feito pelas Técnicas de Serviço Social, reforçaram a sua capacidade de intervir, de inovar e de encontrar estratégias através das famílias dos

doentes, das suas relações informais ou das respostas existentes na Comunidade para responder às necessidades dos doentes e em primeira estância da organização hospitalar e do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental.

6.3 – O Enfermeiro

O Enfermeiro é um elemento fundamental na equipa de Saúde Mental, pois é este que melhor conhece o utente. Ao detectar as necessidades do doente, o enfermeiro presta os cuidados necessários ou estabelece o contacto com os elementos da equipa imprescindíveis para a resolução do problema.

Para melhor intervir é necessário conhecer as perspectivas do que se vai constituir como objecto de trabalho. No campo da saúde mental colocam-se dois desafios actuais: compreender os doentes por um lado, e fornecer-lhes o apoio adequado ao contexto, por outro.

Como refere Stuart (2002), a intervenção do enfermeiro foca-se em ajudar a pessoa a melhorar as suas habilidades sociais e a identificar os seus interesses recreativos, profissionais, culturais, religiosos e pessoais. Para a concretização deste desiderato a criatividade e o conhecimento dos recursos disponíveis por parte do enfermeiro constituem elementos críticos.

No decorrer das entrevistas, quase todos os Enfermeiros se mostraram muito envolvidos na equipa. No entanto, sempre que lhes eram colocadas questões relacionadas com a satisfação no trabalho e na relação com os outros profissionais, as suas respostas mostraram-se tendenciosas e egocêntricas. De salientar que esta postura poderá ser parcialmente explicada pelo facto do enfermeiro se considerar como um dos principais actores no desenrolar do tratamento dos doentes.

Como se escreve no Relatório de 2001 sobre a Saúde no Mundo, o conhecimento científico actual dispõe de meios para ajudar eficazmente as pessoas portadoras de doença mental e cerebral. Em ambiente hospitalar, o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria é aquele que, pelas suas competências aferidas, apresenta uma acção específica neste contexto (Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança, 2001)⁴.

⁴ Relatório sobre a Saúde no Mundo – 2001 Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança (Organização Mundial de Saúde)

O trabalho de campo junto destes profissionais de saúde permitiu-me observar que a qualificação do enfermeiro, o seu saber e o seu fazer têm corroborado para que ocorra mudança de paradigma, para que se saia do paradigma do modelo biomédico e se passe para o paradigma da interdisciplinaridade e integralidade do cuidar/cuidado. Esta tentativa de mudança de paradigma tem sido motivo de conflitos, de lutas de força, por legitimidade no campo da saúde. Estas práticas conflituosas justificam a contestação por parte da comunidade de médicos em relação ao espaço socioprofissional ocupado pelo enfermeiro, o qual se encontra descrito no processo de enfermagem e garantido por lei no seu código de ética.

6. 4 – O Psicólogo

A Psicologia instituiu-se enquanto ciência, a partir de fins do século XIX. Pode-se dizer contudo que estudos de carácter psicológico já vinham a ser realizados desde meados do século XVIII. Esses períodos históricos foram marcados pelo desenvolvimento de um modelo de racionalidade que serviu de sustentação para a ciência moderna e que decorrem das revoluções científicas do século XVI (através dos trabalhos de Copérnico, Galileu e Newton), basicamente no campo das ciências naturais. No século XIX, tal modelo estende-se ao campo das ciências sociais emergentes (estudos históricos, filológicos, jurídicos, literários, filosóficos e teológicos), passando a ser referido como o modelo global de racionalidade e, como tal, um modelo totalitário “na medida em que nega o carácter racional a todas as formas de conhecimento que não se pautarem pelos seus princípios epistemológicos e pelas suas regras metodológicas” (Santos, 2004:21).

Desde há vários anos que os Psicólogos têm vindo a desempenhar um papel fundamental na prestação de cuidados ao nível da saúde mental. Foi o reconhecimento da importância do papel do psicólogo na instituição psiquiátrica que levou, a partir de 2000, à integração dos Psicólogos nos vários serviços e equipas multidisciplinares, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços prestados ao nível da Saúde Mental.

Actualmente, diante da inserção destes profissionais, principalmente nas duas últimas décadas, na saúde pública, o psicólogo ganhou o estatuto de Profissional com as

competências e capacidade necessárias para colocar em diálogo as várias disciplinas na direcção de práticas interdisciplinares.

Um dos objectivos do psicólogo é prestar assistência ao doente, lidar com as suas angústias, minimizar o seu sofrimento e o dos seus familiares e trabalhar os aspectos emocionais decorrentes da doença no internamento.

O psicólogo mesmo com uma identidade bem definida e integrada na equipa multidisciplinar no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do H.D.L ainda se encontra muito condicionado nas suas acções: exerce a sua profissão após uma directriz do médico psiquiatra. Do trabalho de observação no terreno, é-me possível afirmar que a psicologia assume o estatuto de fármaco - estando bem definido que só quem pode prescrever fármacos são os médicos.

6.5 – O Assistente Operacional de Saúde Mental

É o profissional que nas unidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS) presta apoio ao pessoal Médico e de Enfermagem, na prestação de cuidados de saúde, higiene e conforto. Tem como principais tarefas a manutenção, limpeza, desinfectação e arrumação de instalações, equipamentos e materiais de consumo para a higienização. Efectua trabalhos externos de ligação com outros serviços da unidade.

Os Assistentes Operacionais de Saúde são um importante alicerce das organizações prestadoras de cuidados e são indispensáveis no âmbito de um sistema de responsabilidade e humanização dos cuidados de saúde.

6.6 – O Administrativo

O Administrativo é um profissional que guia a sua acção pela permanente necessidade de desbloquear tarefas que aceleram o trabalho dos restantes profissionais da equipa multidisciplinar.

A sua principal actividade é ser interlocutor entre a equipa de saúde mental e os outros serviços externos e internos á organização hospitalar, usualmente serviços de saúde, jurídicos e outros que estão relacionados com os doentes internados no serviço de Psiquiatria.

Diariamente trabalha em conjunto com os restantes elementos da equipa, prepara, recepciona e dá entrada e saída da correspondência inerente ao exercício da actividade clínica.

Devido á sua proximidade com os restantes profissionais da equipa o administrativo é um actor privilegiado pela colaboração e a comunicação interdisciplinar e como revela na sua afirmação, "*o papel do administrativo é facilitar e tornar o serviço o menos burocrático possível*", (Administrativo)

É óbvio que este profissional sabe que executa procedimentos burocráticos e administrativos imprescindíveis na resolução das práticas clínicas, sem dúvida que esta é uma vantagem que afasta o conflito nas relações com os outros actores envolvidos na equipa.

CAPITULO VII – OBSERVAÇÃO DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

7.1 – Análise das Relações Profissionais

Numa equipa de Unidade Psiquiátrica é muito comum observarmos um funcionamento integrado e interdisciplinar. Mas foi necessário perceber qual a barreira com que me ia deparando ao longo da observação para que a Investigação que pretendia efectuar não saísse prejudicada com a minha presença habitual dentro do Serviço.

Num primeiro momento, optei por fazer as entrevistas através de marcação prévia, ou seja, agendadas. Com o decorrer do tempo, fui sentindo que o facto de existir uma marcação prévia poderia ter implicações ao nível de um possível “ajustamento” comportamental dos actores e constituir deste modo um factor perturbador na Investigação.

É comum observar no trabalho das equipas a presença de técnicos mais antigos, que estão há mais tempo na equipa e que continuam a ter certas resistências à modalidade e ao comportamento partilhado, nomeadamente em relação aos profissionais não médicos. No entanto, essa questão, com as modificações impostas pela diversidade e a multidimensionalidade dos novos problemas sociais e em particular com a dificuldade de reintegrar socialmente os doentes psiquiátricos, tem-se vindo a esbater, originando uma receptividade por parte destes resistentes à valorização do trabalho de outros técnicos, em especial dos técnicos da área das ciências sociais.

No decorrer da observação e durante as entrevistas, fui-me apercebendo que quem chegou ao serviço há menos tempo vislumbra as coisas com algumas subtilezas, que muitas vezes escapam aos profissionais mais antigos. Os profissionais mais novos usam formas de relacionamento com os restantes intervenientes na equipa que enaltecem o trabalho interdisciplinar, porque assentam numa concepção que indica aceitarem visões diferentes do problema para tomarem decisões mais conscientes e mais plurais. Do ponto de vista científico, nota-se um resultado mais completo e a nível pessoal a capacidade de fazer a destrinça entre os objectivos individuais e os da equipa dá mais espaço de manobra a quem se dispõe a partilhar, quer conceptualmente quer no que respeita ao bem-estar do utente.

Sendo a Equipa Multidisciplinar de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Leiria constituída por elementos jovens das várias Especialidades, desde inicio achei que não existiriam resistências ao estudo e que este fosse mesmo considerado um momento de reflexão sobre as práticas desenvolvidas diariamente. No entanto, alguns destes profissionais, ainda que em número reduzido, justificando-se pela indisponibilidade, excesso de trabalho e falta de tempo, acabaram por não me conceder as entrevistas.

7.2 - Relações de Cooperação entre Actores Sociais

A discussão sobre o tema da saúde mental ocupa uma posição muito destacada na nossa sociedade. A universalização do conceito de saúde como “completo bem-estar físico, mental e social “, como vem sendo preconizado pela Organização Mundial de Saúde, parece ter afastado os reducionismos estéreos que infestam a psiquiatria, destacando, em contraponto, a concepção integral do homem nas inseparáveis dimensões biológica, psicológica e social. Se bem que superada conceptualmente, a compreensão fragmentária do homem, exteriorizada em descaminhos reducionistas, influi ainda muito poderosamente na Psiquiatria que se pratica (Carapinheiro, 1993).

Segundo Carapinheiro, existem nos serviços de saúde, e particularmente nos hospitais, uma dualidade de poderes: o poder burocrático e o poder técnico. Este último considera a profissão médica como a única verdadeiramente autónoma, sendo que esta autonomia é sustentada pelo seu saber e competência técnica e especialmente pelo seu contributo para a obtenção dos objectivos dos serviços. Os médicos assumem-se assim como agentes privilegiados nas organizações de saúde, subordinando a actividade dos restantes profissionais e condicionando a organização das suas práticas (Weisshaupt, 1985).

É preciso que cada profissional descubra um interesse e uma curiosidade pela área do seu colega. Quando uma equipa está reunida e deseja optar por um funcionamento transdisciplinar, é necessário que cada membro exponha as suas ferramentas de trabalho, as suas teorias, o seu entendimento do caso e, sobretudo, exija do seu colega a mesma exposição.

No que se refere às formas de actuação no processo interventivo do assistente social, identifiquei que estes profissionais trabalham com um enfoque multidisciplinar.

No entanto, a postura interdisciplinar é vista por estes profissionais como um desafio e um objectivo a ser alcançado que precisa ser muito trabalhado entre todos os profissionais envolvidos na equipa.

A partir de uma atitude acolhedora, o trabalho dos profissionais e da equipa de saúde, com ênfase na saúde mental, diz respeito à compreensão do doente. Torna-se necessário perceber as suas necessidades e incapacidade de sentido crítico, mantendo uma relação de proximidade sem envolvimento profundo, fornecendo ao doente esclarecimentos em relação aos diversos aspectos que envolvem os seus problemas.

Uma questão importante a ser ressaltada no trabalho da equipa de saúde mental está relacionada com o relevante papel da psiquiatria. Todos os membros da equipa multidisciplinar devem ter noções básicas sobre as medicações psiquiátricas, embora devam reconhecer que o diagnóstico e a prescrição médica cabem aos psiquiatras. Contudo, em contexto de parceria de trabalho e troca de saberes, a postura de todos os envolvidos na equipa de saúde mental deverá promover a capacidade de decisão interligada.

Os momentos da observação foram cruciais para poder desenvolver esta Investigação. Em primeiro lugar, porque me faziam reflectir e organizar mentalmente no sentido do cumprir o objectivo a que me tinha proposto; por outro lado, foi a maneira mais profícua de garantir que as respostas dos entrevistados não fossem tão herméticas tendo observado as dinâmicas da equipa, tinha a possibilidade de argumentar com exemplos do quotidiano destes profissionais e de os questionar sobre os métodos e modelos de intervenção realizados em determinados momentos.

Tive a possibilidade de reparar que quase todos os actores se deixam contaminar pelo conhecimento do outro relativamente ao tratamento do doente. Também verifiquei que o desempenho de alguns profissionais pode ser sensivelmente alterado dependendo do técnico com quem trabalham: por exemplo, os enfermeiros sentem-se confortáveis e confiantes quando o médico psiquiatra valoriza e valida o seu trabalho. Presenciei algumas destas dinâmicas, as quais se traduziam quase de imediato em acréscimos do grau de motivação e coesão, tornando a comunicação entre todos, mais fluida, ajudando deste modo no bom relacionamento da equipa.

Outros profissionais, apesar de se manifestarem a favor do trabalho em equipa, pouco contribuem para a sua implementação ou para o aumento da colaboração entre os

vários membros. Referindo-me novamente a estas duas categorias profissionais médicos e enfermeiros -, constatei que para alguns deles ainda existe um longo caminho a percorrer para aceitarem e praticarem o trabalho interdisciplinar e colaborativo. Isto porque pouco ou nada se importam ou se incluem na equipa, fazem as suas actividades de forma mecânica e quando confrontados com esta incapacidade de se relacionarem e promoverem o trabalho conjunto, referem de imediato que para eles só interessa o estado do doente e a sua rápida recuperação. Quando lhes perguntava se não seria mais vantajoso e eficaz para o doente a articulação de conhecimentos das várias áreas que actuam no internamento, prontamente os técnicos que adoptam esta postura respondiam que isso é um discurso atraente mas que na prática nada têm a ganhar com isso. Preferem fazer apenas o que lhes é destinado e não criarem demasiadas expectativas para não se sentirem decepcionados no futuro, sendo de opinião que as relações são muito hierarquizadas e enraizadas no serviço, e embora isso os incomode, afirmam que esse modelo não mudará tão facilmente apenas porque partilham conhecimentos, informações ou confrontam diferentes opiniões.

Estes actores defendem que para existir essa mudança de práticas teria de haver lugar a uma mudança de mentalidades e dos processos de coordenação, facto que consideram de difícil exequibilidade uma vez que os superiores hierárquicos não querem perder o seu poder e também não estão preparados para rever e ceder as suas posições.

Foi pertinente analisar que estas dificuldades vêm principalmente da parte de profissionais com maior grau e nível académico e que optaram por se especializar na área da saúde mental. É nítida a preocupação e importância que atribuem ao doente, mas muitas das vezes observei sinais de revolta e mau estar pela supremacia das outras classes. Claramente esta forma de estar no trabalho desfavorece a criatividade do trabalho em equipa e constrói relações verticais.

7.3 - Processo decisório e Reunião semanal da Equipa

Para que o processo de integração das disciplinas seja estabelecido é preciso que a decisão seja tomada sem que nenhum saber prevaleça sobre outro. Daí a necessidade de esse processo ter uma configuração horizontal, numa linha em que todos os profissionais estejam reunidos e dêem a sua contribuição de maneira compartilhada. Na

verdade, a tomada de decisão está ligada a um conjunto de decisões que emanam de todas as áreas implicadas no trabalho em equipa.

A tomada de decisão é um processo complexo que exige das diferentes categorias profissionais ampla participação e partilha de informação para que seja possível tomar decisões assertivas. No processo de tomada de decisão, é importante ter disponíveis dados, informações e conhecimentos – nesse sentido, o processo de comunicação e o trabalho em equipa desempenham papéis relevantes na resolução de algumas das dificuldades essenciais no processo de tomada de decisão.

O processo de tomada de decisão na equipa multidisciplinar de saúde mental do Hospital de Santo André em Leiria tem vindo a afastar-se do sistema de poder e de dominância que a medicina psiquiátrica tradicional impunha, para aos poucos se aproximar de um sistema integrado, que inclui, além do médico, profissionais da psicologia, de serviço social e de enfermagem. Trata-se de um sistema aberto que se materializa na realização de uma reunião semanal, com a participação de todos estes profissionais e a possibilidade de cada um contribuir no processo de tomada de decisão, a qual envolve aspectos administrativos, clínicos e terapêuticos.

Neste contexto, o paciente é percebido como um ser integral, a doença é necessariamente proveniente de múltiplas causas e o tratamento já é encarado como um processo de negociação entre todos os membros para que o resultado final seja eficaz. Averigüei que este método é benéfico e desenvolve um elevado nível de participação e confiança no relacionamento entre todos os envolvidos, e com consequências igualmente benéficas no que respeita à resolução do problema de saúde do paciente.

Esta equipa reúne-se pelo menos uma vez por semana, para decidir democraticamente sobre cada caso em tratamento. Esta forma de decisão é considerada melhor do que seria a decisão de um único profissional, uma vez que permite ampliar a visão da realidade de cada paciente.

Nestas reuniões periódicas, tanto as questões administrativas como as relacionadas com o cuidado terapêutico são decididas de um modo partilhado e aberto. Participei nessas reuniões e constatei que há um consenso inquestionável sobre as regras democráticas que regem a organização de cada um desses eventos.

Observei que a maior dificuldade encontrada está na atitude conservadora do médico e, em menor escala, do enfermeiro. Ambas categorias profissionais têm

dificuldade em abdicar de uma postura dominante e centralizadora de poder adquirida ao longo dos anos, quer por sentirem que a prática lhes tem concedido mais poder dentro da equipa, quer pelo estatuto e pelo papel que tem sido atribuído a estas duas profissões de formações crescentemente aproximadas ao longo do século XX.

No entanto, com o correr do tempo, estes profissionais têm adquirido consciência da importância de reuniões mais detalhadas sobre os doentes em tratamento, reconhecendo que estas permitem um conhecimento mais abrangente sobre as patologias em estudo. Ao discutir os casos, a equipa esclarece as dúvidas e troca informações, tornando possível desta forma conhecer o doente como um todo e não apenas em parte.

A escolha da melhor forma terapêutica de tratar o doente é tomada interdisciplinarmente, tendo em vista a análise específica de cada caso. No espaço da reunião semanal vai-se ao encontro das várias patologias que assomam o doente e do contexto social em que aquele se insere, o que envolve necessariamente conhecimento não apenas sobre questões clínicas como também sobre o seu modo de vida, qual o seu trabalho, que suporte tem do seu núcleo familiar, se o estigma e o preconceito o tornam vulnerável na comunidade onde está inserido, entre outros factores.

A equipa multidisciplinar encontra-se para decidir, reunir consensos e preparar estrategicamente a melhor maneira de intervir. Logo é um procedimento que exige diálogo, troca de experiências e conhecimentos. Neste contexto multidisciplinar, o olhar sobre a doença mental é aberto, pressupondo reflexão e espaço para uma pluralidade de opiniões.

Os observados referem que tem havido um crescente reconhecimento entre os especialistas da saúde mental da importância crítica das outras áreas das ciências sociais para a promoção da saúde mental. Os Psiquiatras e Enfermeiros conjugam esforços para promover a socialização, a capacidade para o doente saber lidar com a sua realidade, medos e frustrações e garantem o acompanhamento a nível clínico; os Técnicos de Serviço Social, os Psicólogos e os Terapeutas Ocupacionais unem-se para ajudar estes indivíduos a sentirem-se integrados na sociedade, fazendo com que se sintam mais protegidos e com que lhes seja garantido o suporte necessário para viver o seu dia-a-dia condignamente. No decorrer da minha investigação, quer através de observação ou em conversas informais, independentemente da categoria profissional, todos os

entrevistados foram unânimes em reconhecer a importância de tal inter-relação funcional de papéis socio-terapêuticos.

Esta equipa - multidisciplinar quanto à sua formação e interdisciplinar no que respeita ao seu processo de decisão - deverá estabelecer laços entre si para conseguir desenvolver boas práticas. A existência de comunicação entre a equipa dá maior segurança aos profissionais e permite estabelecer elos que aumentam o grau de confiança entre todos os membros, o que terá repercussões directas no cuidado crescentemente holístico prestado ao doente.

CAPITULO VIII – REFLEXÃO E PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO MULTIDISCIPLINAR E O SEU POSICIONAMENTO NA EQUIPA

8.1 Análise e discussão dos Resultados

“A investigação qualitativa, por aceder às dimensões mais tácticas dos sujeitos, implica um envolvimento e exposição pessoais por vezes bastante significativos” (Crespo, 2007: 295).

Na presente investigação, as entrevistas foram aplicadas a técnicos que se conhecem pessoalmente, e como tal, facilmente identificam as respostas de cada um, não só pelo discurso idiossincrático, mas também pelo conteúdo das respostas. Assim, para salvaguardar a confidencialidade, as entrevistas não serão colocadas em anexo, e as transcrições justificativas da escolha de uma categoria ou subcategoria serão apresentadas de forma a não revelar o autor das respostas.

A partir das entrevistas feitas aos profissionais podemos perceber a percepção que cada um tem da sua actuação na equipa. É importante destacar que ao falarem das suas actividades lhes foi dada também oportunidade para falarem da actuação dos seus companheiros nas equipas, estabelecendo-se assim a ponte para que o tema do trabalho interdisciplinar fosse no centro da nossa conversa.

Todos os entrevistados reconheceram que, no actual momento da política de saúde pública, para se fazer a prevenção e o tratamento das doenças e a promoção da qualidade de vida, a via mais apropriada para fazê-lo é em equipa multidisciplinar.

. Uma das questões pertinentes do trabalho em saúde mental diz respeito ao trabalho em equipa que é uma exigência da atenção psicossocial, confirmando-se que tal é reconhecido pelas/os entrevistadas/os.

Para verificar o grau de interdisciplinaridade no trabalho entre os vários profissionais da equipa e para perceber a importância e o posicionamento dos profissionais sobre o seu trabalho na equipa, centrei-me em 8 perguntas que integravam o guião das Entrevistas, sendo as que acho mais pertinentes para obter as respostas que pretendo, as seguintes:

1. É notória a hierarquia entre os profissionais?
2. Como são tomadas as decisões na Equipa?
3. Qual o grau de interdependência dos membros da Equipa?

4. Existe dominância/hegemonia de alguma profissão/disciplina sobre as restantes?
Se sim, porque é que isto acontece?
5. Como é feita a comunicação entre profissionais?
6. Quais os principais obstáculos à eficácia do trabalho da sua Equipa?
7. Existe sobreposição de papéis?

Os Entrevistados de todas as áreas de conhecimento valorizaram e enalteceram o trabalho feito pelas Técnicas de Serviço Social, reforçaram a sua capacidade de intervenção, de inovar e de arranjar estratégias através das famílias dos doentes, das suas relações informais ou das respostas existentes na Comunidade para responder às necessidades dos doentes e em primeira estância da organização hospitalar e do Serviço de Psiquiatria e saúde mental.

No que respeita à percepção da existência de hierarquia entre os profissionais, as Técnicas de Serviço Social referem que:

T.S.S.S ⁵ – C1 “ *Existem hierarquias mas não vivemos a pensar nisso no dia-a-dia. Desempenho a minhas funções tranquilamente, o meu superior hierárquico nunca me fez sentir que a minha tarefa é mais ou menos importante que a dele*”.

T.S.S.S – C2 – “ *Não vejo as hierarquias no Serviço como algo que me cria dificuldades, pelo contrário penso que são importantes, até como forma de nos organizarmos e de podermos resolver algumas dificuldades e pormenores que não me dizem respeito, ou porque são mais burocráticas ou porque transcendem a minha área de actuação...mas não sinto e não acho que exista carga hierárquica aqui no serviço*”.

Já a mesma pergunta feita aos profissionais de Enfermagem obtém respostas completamente opostas:

Enfermeira A2 – “ *Claro que sim, quer queiramos quer não temos o nosso Chefe de Enfermagem e o Director de Serviço. Essas duas figuras representam a Hierarquia no serviço, hoje já não é de forma tão vincada como era antigamente, mas existe e nota-se e para além disso o Médico Psiquiatra está sempre numa postura de superior hierárquico.*”

Enfermeira A12 – “ *Sim temos o chefe de Enfermagem, mas com ele não nos sentimos hierarquicamente inferiores. Nota-se mais em relação a alguns médicos: de vez em quando impõem-se para que percebamos que estão acima de nós.*”

⁵ Sigla usada em substituição do nome Técnica Superior de Serviço Social

Se, para os enfermeiros, os médicos psiquiatras se sentem numa posição hierarquicamente superior, já os psicólogos não os vêem assim: sentem-nos apenas como mais um profissional que faz parte da Equipa de Trabalho.

As entrevistas aos Médicos Psiquiatras foram feitas respeitando o mesmo Guião. No entanto, como foi possível de percebermos todos eles têm um discurso comparativamente igual, tanto na percepção que têm do seu papel dentro da equipa como na importância do trabalho que realizam e de como se posicionam dentro da equipa Multidisciplinar.

Ao expor as seguintes questões “É notória a hierarquia entre os profissionais?” e “Há sobreposições de papéis?”, procurei saber como cada Médico Psiquiatra se percebe sobre os restantes elementos da equipa e sobre a coordenação da Equipa.

Psiquiatra B2 – *“Eu vejo a Hierarquia numa equipa multidisciplinar numa dinâmica transversal, horizontal. Não acho que exista do ponto de vista vertical das hierarquias propriamente ditas, e se existe não me parece que seja uma coisa muito boa. Penso que terá de existir uma coordenação, sem dúvida, mas depois as pessoas terão de estar coladas na mesma linha, se não, não faz sentido, não entendo nem nunca entendi que por exemplo o médico seja superior ao enfermeiro, não tem sentido nenhum, é evidente que se estamos a falar de um médico Director de Serviço é evidente que este está numa posição superior aos outros médicos, mas a nível de trabalho e funções da especialidade este acaba por estar ao mesmo nível dos colegas. Não noto nenhuma resistência na articulação de decisões e de relação profissional por parte do Director de Serviço. Penso que em relação a essa questão esse tipo de coordenação tem-se esbatido, principalmente ao nível clínico em que outrora um médico com mais poderes e mais anos de serviço gostava que os seus colegas mais novos fizessem o que ele dizia e como ele dizia. Mas foi-se percebendo que isso resultava muito mal. Tendencialmente foi-se reduzindo esse poder, até porque os mais novos querem trazer as suas inovações e os novos modelos para a Equipa e esse tipo de coordenação estrangulava e reduzia a possibilidade de adaptarem essas novas formas de trabalho.”*

Psiquiatra B3 – *“Temos o nosso director clínico, com quem é fácil estabelecer uma relação profissional. Entre nós todos temos um certo equilíbrio, sempre que há questões para colocar superiormente, colocam-se a ele....por exemplo: nas escalas de*

trabalho e serviço de urgência não vejo que haja imposição por parte dos colegas que têm mais tempo de serviço. Somos uma equipa coesa e dialogamos bastante - isso faz de nós profissionais mais motivados. Há uma sobrecarga de trabalho, mas acho que há satisfação por parte de todos os elementos da equipa, mas não me posso expressar por todos eles, mas no que depende de mim corre tudo bem.”

Para os Psicólogos, há o entendimento de que o trabalho deve ser concebido de forma mais ampla, estabelecendo novos elos com os restantes profissionais. Defendem que esta interligação deve ser significativa e envolver um conjunto de actores de diversos sistemas de conhecimento e a comunidade em geral, numa perspectiva interdisciplinar. Sendo um processo que deve ser gradual, o debate sobre a temática do trabalho multi ou interdisciplinar é um tema essencial que deve ser colocado como um conceito-chave, sobretudo no decorrer da Formação académica nas áreas das ciências sociais e da saúde de modo a promover a capacitação profissional.

Da minha observação e pelas entrevistas aos psicólogos, estes não estão intimamente ligados com a Equipa de saúde mental que exerce a sua actividade no internamento: existe sim uma relação de trabalho, enaltecida e concretizada pela interacção existente entre estes e os outros profissionais na consulta externa. A sua participação no trabalho da equipa confina-se aos momentos mais formais: este elemento está presente nas reuniões de trabalho semanais e em caso de haver necessidade da sua intervenção é chamado a colaborar. A sua principal função é acolher ou transferir doentes do ambulatório para o internamento, estando a sua prestação de serviço confinada a esta relação de trabalho interdependente mas sem ocorrências que sejam passíveis de uma real integração na equipa.

Alguns dos profissionais (enfermeiros, assistentes operacionais) que entrevistei para a elaboração deste trabalho, quando falam na equipa multidisciplinar, não referem o psicólogo como um actor chave no processo de tratamento do doente; outros expressam o seu desagrado por este técnico não estar diariamente no serviço.

Apesar desta falta, os Psicólogos mais integrados e com maior interacção na equipa de psiquiatria e saúde mental, deram-me o seu contributo sobre como vêem a equipa multidisciplinar e como se percebem dentro dessa equipa. Comecei por lhes perguntar se é notória a hierarquia entre os profissionais e se há sobreposições de papéis.

Psicólogo D1 – “*Existe e é respeitada, mas acaba por não existir uma situação vinculada. Em termos da intervenção, isso esbate-se um pouco mais e penso que tem de haver sempre essa diferenciação, mas nós não somos todos iguais, somos diferentes, mas essa diferença pode ser esbatida nas comunicações da interacção em Equipa...mas não me parece que seja positivo não haver nenhuma diferenciação.*”

Psicólogo D 2 – “*Existe a Hierarquia constituída mas sem afrontamentos ou conflito que gere desconforto. São apenas meios organizativos e estruturados para estabelecer parâmetros de trabalho, não se sente nem é rigorosa*”

Quanto às Assistentes Operacionais, acham que a Equipa multidisciplinar trabalha bem e estão satisfeitas no trabalho. Referem sobretudo, como se pode constatar nos excertos das entrevistas que aqui transcrevo, que faltam mais recursos humanos para que a equipa se torne mais eficaz.

Observo também no seu discurso que estas profissionais, apesar de contactarem com os doentes diariamente e lhe darem todo o seu apoio, ainda sentem que os restantes actores da equipa valorizam pouco as suas opiniões.

Entrevistador – É notória a hierarquia entre os profissionais?

Assistente Operacional 1 – “*Não, dantes era pior agora é melhor, para mim não tenho queixa de ninguém, seja com médicos ou com enfermeiros dou-me bem com todos (...).Se tiver alguma coisa para dizer, digo!*”

Assistentes Operacional 2 – “*Sei o que tenho de fazer e faço o que me mandam, mas...ninguém anda atrás de mim!!! Sei bem quem é o chefe e respeito-o, ele até nem é muito de mandar, se precisa de mim chama-me e pede para fazer*”.

A entrevista feita ao Administrativo que assessora a Equipa foi muito rica para este estudo. Este é um dos elementos que se sente totalmente integrado na Equipa multidisciplinar. Mesmo não opinando sobre os métodos de trabalho ou sobre a forma como intervir com o doente, verifica-se que estabelece um contacto com os restantes elementos sem constrangimentos de espécie alguma e de forma bastante informal. O Administrativo encontra-se num lugar privilegiado, nomeadamente porque todos os técnicos sabem que o conflito com este profissional é um dos factores que contribuem para a ineficiência, colocando em causa a rapidez necessária à resolução de problemas burocráticos do quotidiano. Confrontado com a questão “É notória a hierarquia entre os profissionais?”, responde:

Administrativo - *“Não. Somos uma família: temos o Director de Serviço que é o nosso chefe mas no entanto é de fácil acesso e está sempre pronto para me colocar ao corrente se houver alguma situação que eu não esteja a cumprir, mas fá-lo sempre com respeito”*.

A dualidade de respostas em relação às questões hierárquicas é fruto da evolução e da organização que as várias categorias profissionais vêm construindo ao longo dos tempos. Cada vez mais existe uma maior consciência e respeito pela importância do trabalho de cada um e do seu posto de trabalho, logo as hierarquias são respeitadas. No entanto, cada um dos profissionais tem agora mais capacidade e conhecimento para ser mais crítico na forma como se estabelecem as relações entre os membros da equipa e com a Coordenação.

Pensando neste novo modelo de trabalho articulado e interdependente, coloquei as seguintes perguntas: *Como são tomadas as decisões na Equipa? Qual o grau de interdependência dos membros da Equipa?*

Considerando que a interdependência com todos os actores envolvidos no tratamento do doente é muito elevada, a estrutura discursiva das suas entrevistas valida esta posição.

T.S.S.S - C1 – *“A minha relação com os outros técnicos de outras profissões é de trabalho conjunto e de articulação, cujo objectivo pode ser a elaboração e acerto do plano terapêutico como...intervenção junto de doentes, família ou rede secundária”*

T.S.S.S - C2 – *“ O grau de interdependência entre os membros da nossa equipa é grande porque estamos sempre dispostos a colaborar uns com os outros. Isto porque sabemos que quantos mais formos receptivos ao trabalho colectivo, maior qualidade terão os serviços que prestamos ao doente”*.

No decorrer de todas as Entrevistas com os profissionais de enfermagem foi notório que existe um “Antes” e um “Agora”. Sempre que pude questionei o porquê desta diferença temporal. Todos foram unânimes na resposta: em primeiro lugar, esta diferença está na forma como são estabelecidas hoje as relações interpessoais independentemente da categoria profissional, afirmando que “Agora” são mais horizontais; em segundo lugar, a forma como o actual Director de Serviço estabelece e coordena as práticas trouxe formas de trabalho inovadoras, como por exemplo maior capacidade e maior liberdade para cada um poder exteriorizar o que pensa sobre a

dinâmica e interação no trabalho, havendo assim maior participação de todos os que fazem parte da Equipa.

No entanto, vale a pena aqui referir o “Antes” como termo comparativo do “Agora”, usando o trecho de uma das entrevistas de um profissional de enfermagem, que esclarece esta desigualdade:

Enfermeira A1 – *“Hoje trabalhamos de forma partilhada e muitas das questões que se colocavam anteriormente com os médicos psiquiatras foram-se perdendo. Os psiquiatras mais novos têm uma forma diferente de encarar as relações profissionais e percebem a importância de todos os envolvidos na Equipa. Os psiquiatras da “velha guarda”, assim como o enfermeiro da “velha guarda” e os outros técnicos, contribuíram para a estigmatização da saúde mental, “deram uma ajudinha”, porque se centravam muito na psicofarmacologia e pouco mais. Hoje cada vez mais há uma evolução grande: o Psiquiatra não se reduz só à prescrição do psicofármaco, à alteração terapêutica e ao ajuste terapêutico; hoje existe da parte do médico Psiquiatra uma vontade de ir mais além e isso também faz com que seja maior a proximidade com as outras disciplinas. A lacuna que existia antigamente está cada vez a ficar mais reduzida. Vejo em todos os envolvidos uma relação de equipa e partilha; não vejo nenhum dos outros actores da minha equipa como escada hierárquica”.*

Estes profissionais tendem por sua vez a realçar o seu trabalho, valorizando o trabalho de outros profissionais pertencentes à equipa, nomeadamente o trabalho dos assistentes operacionais de saúde.

Um dos profissionais de Enfermagem confrontado com a questão “Descreva as actividades que estão a ser realizadas por outros profissionais e que se relacionam com as suas actividades”, respondeu:

Enfermeira A2 – *“ A relação do enfermeiro da equipa de saúde mental com o resto da equipa é fundamental no acolhimento ao doente e na dinâmica que estabelece com o doente para o encaminhar e entrosar com os restantes profissionais. E nesta parte, os assistentes operacionais de saúde têm um papel muito relevante. São estes profissionais que acabam por estar do lado de todos os restantes, mesmo sem terem qualquer formação específica na área da saúde mental. Mas com a experiência adquirida acabam por criar uma forma interessante de se relacionarem, tanto com os*

outros actores da equipa como com os utentes, com grande intensidade. As actividades aqui não são estanques, colaboramos todos uns com os outros”.

Dadas as respostas em relação às questões de coordenação e hierarquias por parte dos médicos psiquiatras serem tendencialmente feitas num discurso politicamente correcto e com uma tranquilidade de quem não se sente liderado nem pressionado a cumprir objectivos e a concretizar o seu serviço sob a alçada de outros da mesma categoria profissional, procurei entender como estes actores articulam com os restantes profissionais.

Psiquiatra B5 – *“Eu articulo com todos os profissionais que aqui trabalham, no entanto, articulo mais com o enfermeiro e com a assistente social. A articulação com os enfermeiros no dia-a-dia é essencial, porque nós chegamos ao serviço e, para além de ler o relatório habitual, podemos sempre esclarecer dúvidas que através da leitura não tenhamos sido capazes de perceber, porque nem sempre o que está escrito traduz no fundo aquela situação em particular. Gosto inclusive de perguntar ao enfermeiro como é que o doente está, como passou a noite, se houve alguma alteração significativa que seja importante para o tratamento, etc. Com a técnica de serviço social, a articulação é fundamental porque muitos dos doentes que nós temos apresentam problemas sociais, é preciso falar com a família ou arranjar estruturas para que o doente possa ser reinserido na Comunidade, e esta profissional é sem dúvida a que possui mais competências e capacidade para dar respostas a estes problemas.”*

Psiquiatra B1 – *“Aqui todas as actividades são realizadas no sentido de poder alterar a actual situação do doente. Assim sendo, todas as actividades realizadas por qualquer profissional envolvido neste processo acabam por estar interligadas. No entanto, acho fundamental o papel de todos os técnicos de outras especialidades quando percebo que estes se encontram a trabalhar de forma conjunta, o que nem sempre acontece. Dou-lhe um exemplo: os técnicos dos exames de diagnóstico têm um papel muito especial porque quando medico tenho de saber qual o estado de saúde física do doente, não posso só agarrar-me ao estado psicológico. Assim como tenho de ter em conta o contexto social de onde vem o doente e para onde será melhor ir, para que o seu bem-estar psicossocial seja garantido e para isso contribui o trabalho em parceria com o técnico de serviço social.”*

Para os Psicólogos, a articulação com os outros profissionais acaba por estar condicionada pelo papel que estes membros da equipa lhe atribuem. Este profissional refere que tem facilidade em interligar e partilhar conhecimentos no entanto também assinala a preocupação de que o Psicólogo tem de ter um papel mais interventivo para que seja reconhecida a importância da sua presença no serviço de psiquiatria e saúde mental.

Psicólogo D2 – *“Só é possível estarmos em sintonia e prepararmos devidamente o nosso doente com instrumentos que sirvam para ele se organizar aquando da alta clínica, se estivermos a trabalhar de forma integrada e que seja complementar para a elaboração do diagnóstico. Logo, é necessário o estabelecimento de relações interpessoais, partilha de informação e competências para atingirmos o nosso objectivo comum. Nesse aspecto acho que o nosso grau de interdependência é bom”*.

Psicólogo D1 – *“O nosso grau de interdependência é satisfatório. A interdependência é precisamente a diferença entre um grupo de trabalho e a Equipa. O que faz com que nós sejamos uma equipa é sermos interdependentes, trabalharmos em prol de objectivos comuns. Quem trabalha na área da saúde mental, ou está muito familiarizado com a interdisciplinaridade e aceita uma abordagem comum nas tarefas e actividades a realizar com os doentes, ou então não consegue cumprir os objectivos. É um tipo de trabalho que não conseguimos fazer de forma isolada.”*

Para os Assistentes Operacionais, as suas actividades são muito bem definidas e programadas, devendo cumprir uma serie de tarefas que mecanicamente vão fazendo no dia-a-dia. Contudo estes profissionais acabam por ser elementos chave no seio da equipa sempre que é necessário acompanhar um doente a outro serviço ou ajudar o enfermeiro a tratar do doente. Percebem a importância da interdependência com os restantes envolvidos, mas sentem que o seu trabalho ainda é pouco valorizado, como se pode constatar nos excertos das entrevistas que se apresentam de seguida:

Assistente Operacional 2 – *“Nós trabalhamos mais em conjunto com os enfermeiros e acho que em certas situações devíamos ser esclarecidos e ter mais informações sobre os doentes.”*

Assistente Operacional 1 – *“Quando precisamos de alguma coisa falamos com os enfermeiros. Aqui somos pau para toda a obra, mas eu estou aqui é para trabalhar e*

não me preocupo muito com isso, mas gostava que dessem mais valor ao trabalho que faço!”

Para o Administrativo, a interdependência dentro da equipa é excelente e todos se dão bem com este profissional. Afirma que as dúvidas são esclarecidas sem resistência por qualquer um dos elementos da equipa com quem trabalha e que a categoria profissional não interfere na realização e na concretização das actividades conjuntas. Valores como a confiança e competência são a base para desempenhar um bom trabalho colectivo, como exprime neste excerto da entrevista.

Administrativo – *“ É excelente, todos os dias faço o meu trabalho numa base de confiança uns com os outros para dar a melhor resposta ao doente. Eu não faço aqui nada se os outros não trabalharem. Se não der andamento ao trabalho que é da minha competência, condiciono o trabalho dos outros.”*

É no processo da tomada de decisão que o profissional deve ser o mais participativo e activo possível a fim de interligar e partilhar conhecimentos. Apenas desta maneira se sentirá realmente inserido na equipa multidisciplinar, só com ideias adequadas, responsáveis e com noção da realidade à sua volta, pode utilizar instrumentos teóricos e práticos da sua vivência académica e profissional, para que a sua intervenção seja considerada pelos seus pares na tomada da decisão.

Segundo Moron (1998, p.13), “as decisões são tomadas em resposta a algum problema a ser resolvido, alguma necessidade a ser satisfeita ou algum objectivo a ser alcançado. A decisão envolve um processo, isto é, uma sequência de passos ou fases que se sucedem”.

Como processo, envolve fenómenos individuais e sociais, factos e valores. Embora sejam procuradas decisões lógicas e racionais, os comportamentos envolvidos implicam sempre aspectos subjectivos, pessoais e éticos, que antecedem e ultrapassam o momento da decisão (Kurcgant, 1991).

A fim de garantir elevados níveis de envolvimento conjunto, o profissional tem de se sentir estimulado a participar efectivamente das discussões e de outras actividades do serviço, sendo o principal factor da prática diária as discussões interdisciplinares em contexto de reunião semanal ou diariamente entre os vários profissionais. Observei nas reuniões semanais e nas entrevistas que nem todos os actores da equipa se sentem envolvidos no processo de decisão, alguns inclusive relatam mesmo que precisariam de

ter ideias brilhantes para que fossem levados a sério. Se as Assistentes Sociais dizem que são sempre chamadas a participar e a decidir em conjunto, os Enfermeiros têm uma opinião bem diferente, referindo mesmo que esse papel cabe ao director de serviço ou então ao médico psiquiatra.

A tomada de decisão é um processo complexo e muito abrangente, onde todos têm de analisar diversos factores e fazer a combinação das mais diversas e variadas possibilidades. Antes de tomarem qualquer decisão, os profissionais consideram uma infinidade de agentes externos e internos, pois têm de ter em consideração o melhor para o doente e a continuidade do seu bem-estar.

A decisão é tomada pelos profissionais tendo em conta as opiniões, restrições e questões levantadas durante a discussão com os demais envolvidos.

Neste sentido e de forma a perceber como se dá a tomada de decisão nesta equipa, recorri à observação das suas práticas na Reunião semanal e principalmente nas Entrevistas através da pergunta “*Como são tomadas as decisões na Equipa?*”

Como se pode verificar no excerto, as Técnicas de Serviço Social mostram-se muito à vontade para esclarecer que são membros participativos e que são chamadas a opinar sobre quase todo o tipo de decisões que são importantes no trabalho da equipa, dado que as decisões quase todas têm a ver com questões inerentes ao internamento, à continuidade do internamento ou à alta clínica do doente. Isto porque é a estas Técnicas que cabe o papel de fazer a articulação não só com os restantes profissionais da equipa, mas também com outras equipas de profissionais que possam apoiar os doentes no exterior ou noutros internamentos de continuidade, como casas de saúde, comunidades terapêuticas ou lares de idosos.

T.S.S.S – C1 – “*Depende muito do tipo de decisão. Se for uma decisão que possa resolver de imediato com o médico ou com o enfermeiro, acabamos por fazê-lo no imediato. Mas normalmente as decisões são quase sempre tomadas em conjunto, seja na reunião de quarta-feira ou, se for necessário, reunimos para decidirmos, porque como todos contribuímos com a nossa informação escrita no processo do doente e diariamente estamos juntos, quase sempre sabemos o que cada um dos colegas pensa sobre o que é melhor para resolver o caso dos nossos doentes.*”

T.S.S.S – C2 – “*Existe sempre uma preocupação por parte dos médicos e dos enfermeiros para saberem se o doente tem visitas no decorrer do internamento ou*

suporte no exterior para que haja sucesso no tratamento, e esse papel cabe-nos fazê-lo. Logo, nós ajudamos e participamos na decisão, só depois destas situações estarem esclarecidas é que se toma a decisão final. Por isso penso que a decisão é conjunta.”

O momento alto onde a decisão pode ser tomada em conjunto e de forma partilhada é a reunião semanal.

Quanto às reuniões semanais da Equipa Multidisciplinar, se para alguns dos membros são uma mais-valia e um aspecto inovador do serviço (que até há bem pouco tempo não acontecia) e advogam que as reuniões semanais devem acontecer com regularidade e com a participação de todas as categorias de profissionais (visto que os assistentes operacionais ou grande parte dos enfermeiros nunca participaram nestas reuniões de trabalho), para grande parte dos entrevistados as reuniões pouco ou nada significam, como se pode verificar em três excertos das 22 entrevistas que foram feitas aos profissionais de Enfermagem.

Enfermeira A17 – *“Eu nunca fui a nenhuma reunião de equipa, e isso são pequenos poderes que às vezes não entendo. Mas também não tenho grande pena porque a reunião deveria ser um momento de reflexão, de debate e de catarse e não o é! Podíamos ver e conversar sobre cada caso ou seja doente a doente, todos os elementos da equipa falavam da situação, mas parece-me que se fala muito pouco do essencial (o doente) e muito do acessório, fala-se muito de problemas burocráticos e administrativos. As reuniões são espaços formais onde cada um acaba por “puxar pelos galões” e onde todos ficam mais arrogantes e não conseguem aceitar a crítica de forma construtiva. Logo assim cruzam-se pouco as ideias e as pessoas acabam por ser muito primárias e reactivas. Há colegas para quem ir à reunião lhes dá um certo poder, isto porque normalmente não têm muita proximidade com o médico.”*

Enfermeira A20 – *“Nas reuniões de equipa semanal discutem-se os casos e podem-se apresentar os problemas com que cada um se tem deparado no decorrer da semana. Normalmente vai sempre um enfermeiro de cada uma das alas, Feminina e Masculina. O chefe chama um de nós que esteve mais presente no serviço nessa semana e está mais por dentro dos casos no geral e nós quando estamos reunidos acabamos por escolher assuntos que achamos que devem ser levados para serem discutidos ou debatidos na reunião. Eu penso que a reunião semanal é o momento mais marcante do trabalho em equipa Multidisciplinar. Apesar de muitas vezes essa reunião ser*

dominada pelos problemas médicos, existe sempre a possibilidade dos outros apresentarem também os seus. Todas as vezes que estive presente, tive oportunidade de expor as minhas dúvidas, opiniões ou pontos de vista sobre o caso que se estava a analisar.”

Enfermeira A16 – *“Já fui à reunião de equipa semanal, mas não estou tão certa que seja fundamental para o nosso trabalho. Normalmente, é um reunião que está mais vocacionada para discutir assuntos entre o médico psiquiatra e as técnicas de serviço social. As questões de enfermagem são resolvidas entre colegas enfermeiros e o nosso Chefe de Enfermagem.....se tiver que reportar situações referentes ao serviço será ao nosso chefe de enfermagem.”*

Mesmo que o médico psiquiatra seja o actor que detém o conhecimento científico mais apurado no que concerne à doença, sendo da sua exclusiva responsabilidade prescrever o tipo de farmacologia a utilizar e indicar o tipo de abordagem que os outros profissionais devem ter para com o doente, o tempo de internamento e a alta clínica, também é evidente que todo o processo de tratamento é feito em inter-relação estreita com outros interlocutores, colectivamente, durante todo o período que dura a estadia do doente no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental.

Perante a necessidade de um tratamento holístico psicológico, físico e social, o processo de decisão inerente à dinâmica do trabalho não pode e não deve estar centrado no poder e no saber médico. Em bom rigor, a continuidade do bem-estar do doente depende do entendimento de múltiplos actores. Há então que dar a possibilidade a todos os que participam nesta caminhada a oportunidade de contribuir e partilhar o seu conhecimento no momento de decidir. Só assim é possível que todos os elementos se sintam motivados e valorizados pelas decisões tomadas. Sobre como é tomada a decisão na equipa os médicos psiquiatras responderam da seguinte forma:

Psiquiatra B1 – *“Normalmente toma-se a decisão na reunião de Equipa. Falamos dos doentes em conjunto, e se percebemos que todos temos o mesmo olhar em relação ao doente, ou mesmo que a visão do doente seja dissonante entre vários, cada um tenta dar o seu contributo para que se tome a melhor decisão e essa é uma decisão colectiva e apoiada por todos. Imagine que temos um doente com problemas sociais e de integração grave. Só depois de todos estes factores estarem discutidos, resolvidos e*

aceites por todos os envolvidos - Técnico de Serviço Social, Enfermeiros, Psicólogos e nós Psiquiatras -, e o encaminhamento estiver devidamente feito, se toma a decisão.”

Psiquiatra B4 – Eu não dou alta a um doente sem falar primeiro com a Enfermagem e com o Serviço Social. Isso eu não faço. Enquadro aquele doente com os restantes profissionais: aquele doente não está neste serviço por uma anomalia de função ou de órgão, está aqui por uma alteração de comportamento e isso não é visível e por isso existe uma atenção redobrada e um olhar atento de todos os intervenientes no seu processo de tratamento. As decisões de base, as que dizem respeito aos meus doentes, como por exemplo em relação à alteração da medicação, eu decido sozinha. No entanto, acontece muito que, devido ao que me é transmitido pelos outros técnicos da equipa que estão mais tempo com o doente e pela forma como aquele se comporta quando estou individualmente com ele, baseio a minha decisão em torno das informações que tenho, portanto acho que a decisão acaba por ter influência externa, logo é quase sempre colectiva.”

Psiquiatra B5 – “Se for uma situação relevante levo à equipa, senão tomo a decisão sem questionar os restantes elementos. A maior parte do nosso trabalho, mesmo trabalhando em equipa, acaba por se articular mais com uma pessoa ou duas. Trabalho mais com a assistente social ou com o enfermeiro, não vou trabalhar com os meus colegas todos. A articulação mais activa e interdisciplinar é feita mais entre estes técnicos.”

Os Psicólogos encaram a tomada de decisão como uma etapa importante para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar, para a união da equipa e para o respeito entre as várias disciplinas. Dizem que este processo deve ser encarado com naturalidade pois será através da decisão colectiva que os diversos saberes se cruzam e se analisam os problemas a partir de novas perspectivas que potenciam a formação de uma visão partilhada, o que, subsequentemente, aumentará a reflexividade da equipa.

Entrevistador – “Como são tomadas as decisões na Equipa?”

Psicólogo D2 – “Se há uma necessidade de decisão, a questão é colocada à equipa, até para saber qual é o parecer do resto da equipa. Até agora não me tenho apercebido de qualquer dificuldade a esse nível entre os restantes profissionais inseridos na Equipa; se há um processo de decisão, claro que ele tem de ser discutido entre todos. Se é uma equipa multidisciplinar e existe uma serie de técnicos a decidir,

não se vão estar a empurrar para ver quem decide, mas o contributo de todos constrói a decisão.”

Psicólogo D1 – *“As decisões na saúde mental são colectivas. Nunca posso finalizar um processo com um doente se não tiver a informação de retorno de todos os meus colegas, seja qual for a sua área profissional. O acompanhamento que lhe vou dando só tem continuidade pela forma como vou avaliando a minha intervenção e depois na permanente relação que o doente vai exteriorizando com os outros profissionais, nomeadamente com os enfermeiros com quem está em contacto permanentemente”.*

Posso dizer que a perspectiva predominante entre os profissionais entrevistados em muito difere no que concerne à decisão colectiva.

Os Assistentes Operacionais não participam em reuniões semanais e, em relação a questões da decisão, referem claramente que ninguém os inclui e nenhum dos restantes profissionais se interessa sobre o que sabe ou pensa relativamente aos vários assuntos que diariamente são vividos e discutidos pela Equipa, sejam situações relativas à dinâmica da equipa ou que estejam intimamente ligadas ao doente.

No decorrer da observação presencial, verifiquei que os Assistentes Operacionais, com o seu conhecimento, dedicação e empenho, desenvolvem o seu trabalho, fazendo da profissão uma relação de ajuda autêntica e constante dentro da equipa multidisciplinar.

Entrevistador: Como são tomadas as decisões na Equipa?

Assistente Operacional 1 – *“Isso eu não sei, acho que são os médicos e às vezes os enfermeiros. Mas os Enfermeiros às vezes perguntam-nos certas coisas sobre o doente: porque é que não quis comer, ou se já está mais calmo. E já aconteceu dar uma ideia para o doente mudar de cama ou outra coisa qualquer e depois vou a ver e isso acontece. Mas de resto, faço o meu trabalho e pronto!”*

Assistente Operacional 2 – *“Acho que é o Director de Serviço que decide o que deve ou não ser feito em conjunto com o Chefe de Enfermagem. E os médicos com alguns enfermeiros, mas isso não sabemos!”*

Em suma, pode-se afirmar que, para os Assistentes Operacionais e para o Administrativo, a decisão é um tema que os remete apenas para o plano das tarefas a

cumprir que estão descritas no seu contrato de trabalho. Não percebem a decisão como uma etapa importante para a construção do trabalho interdisciplinar.

Não se referem ao processo de decisão e não o vêem como um caminho gerador de mudança na maneira como as pessoas se relacionam entre si e com e a equipa. Para eles, é algo que apenas diz respeito aos superiores hierárquicos, como se pode verificar no relato feito pelo Administrativo da Equipa quando confrontado com a questão “Como são tomadas as decisões na Equipa?”

Administrativo – “*São tomadas pelo Director de Serviço. É a ele que cabe tomar decisões, mas temos também o Chefe de Enfermagem e os outros médicos, suponho que as tomam em conjunto. Muitas vezes reparo que se reúnem mesmo sem ser à quarta – feira porque o nosso Director de Serviço gosta sempre de ouvir a opinião dos outros*”.

Segundo Rizottii, o estabelecimento permanente de canais de comunicação entre o grupo de profissionais que trocam saberes e práticas cria, paulatinamente, o espírito de equipa, superando ou administrando divergências axiológicas, teóricas, metodológicas e estratégicas. O processo de constituir e manter uma equipa “deveria necessariamente incluir condições de diálogo, de expressão e determinações de trabalhar questões antagónicas e conflituosas” (RIZOTTII, 1991, p. 56).

Porém, relativamente a esta questão, e sabendo que a comunicação é a grande plataforma do trabalho interdisciplinar que melhora o desempenho em relação ao doente e o relacionamento dos membros da equipa, como podemos observar nos excertos das entrevistas transcritos a seguir, não houve unanimidade nas respostas que foram dadas pelos vários Entrevistados. Enquanto uns dizem que a comunicação se estabelece de forma simples e que as relações são horizontais, outros discordam e relatam que a comunicação dentro da equipa ainda é muito formal e burocrática.

Confrontados com a questão “Como é feita a comunicação entre profissionais?”, grande parte dos entrevistados respondeu que se faz facilmente. Porém muitos continuam com a tónica de que a hierarquia profissional limita e cria dificuldades na comunicação.

Enfermeiro A4 – “*A comunicação é feita de forma tranquila....No entanto o Psiquiatra por vezes decide como quer e quando quer - sem auscultar, dá ordens. Assim a relação às vezes complica-se e torna a comunicação mais turva porque o*

Psiquiatra quando responde de forma mais ríspida, já não é possível fazer com que volte atrás. Nesses momentos, o poder médico sente-se e a dominância da Disciplina impõe-se. Como em todas as equipas, há conflito. Depende do indivíduo, do contexto interno e da personalidade de cada um. O conflito é positivo porque as ideias misturam-se, mas os atritos não são bons. Por vezes basta uma regra não estar bem definida ou não estar protocolada para que a resolução seja ambígua. Cria mau estar, por exemplo o psicólogo funciona no nosso serviço, mas fora do nosso Serviço.”

Enfermeiro A8 – *“Nós comunicamos bem uns com os outros, mas isso não quer dizer que as nossas opiniões tenham grande valor. Se eu precisar de alguma coisa, basta pedir, seja ao médico, a outro colega ou à Assistente Social e todos se prontificam para me ajudar. Mas se opinar sobre o doente, por exemplo, que a medicação não está a funcionar, mesmo que seja qualificado para tal e assista à não evolução do doente, muitas vezes o médico faz que não ouve. Bem, mas todos temos dias, melhores uns que outros, mas damo-nos todos bem”.*

Enfermeiro A12 - *“Aqui o maior meio de comunicação é por escrito. Está tudo no processo, no computador, se tiver dificuldades vou lá e leio o que lá está. Posso perguntar ao médico, não há problema com isso: se ele tiver tempo explica-me, mas como a falta de tempo é tanta, eu evito fazê-los perder tempo para ver se eles gastam esse tempo com os doentes, que eles precisam mais de comunicar que eu”.*

Enfermeiro A9 – *“Para mim a comunicação é feita de forma muito fácil. Sempre que preciso, vou ao encontro do colega de Equipa e converso abertamente sobre o assunto que pretendo ver resolvido, independentemente de ser médico, colega enfermeiro, assistente social, assistente operacional ou até mesmo psicólogo. Nunca ninguém me respondeu mal e sempre que posso gosto de ouvir as opiniões dos outros ou tentar aprender ou perceber o que não sei. No geral, falo bem com todos os elementos da Equipa (...) sei bem qual é o meu papel aqui e não tenciono ter outro.”*

Em relação à questão “Como é feita a comunicação entre profissionais?”, todos os Psiquiatras foram da opinião que a comunicação é cada vez mais eficaz entre todos os profissionais e feita de forma muito fácil, não existindo barreiras entre os actores da equipa multidisciplinar.

Psiquiatra B1 – *“Somos muito práticos e abordamos as questões de forma muito clara e pragmática. Comunicamos entre nós facilmente e sem reservas. Claro que entre*

médicos e enfermeiros ou assistente social acabamos por ter um contacto mais intenso que é fruto do trabalho.”

Psiquiatra B4 – *“A única forma de conseguirmos trabalhar em equipa é conseguirmos desenvolver mecanismos de comunicação positivos de forma que todos se entendam e penso que isso é ponto assente para todos”.*

Parte do processo de criação de um clima de compreensão prende-se com uma comunicação eficaz. A comunicação é uma ferramenta imprescindível para o desenvolvimento do trabalho de forma fidedigna entre todos os membros da equipa, sendo importante o seu aperfeiçoamento e adequação ao contexto para que a mensagem possa circular, centrada na premissa de que comunicação gera comunicação.

Verificando que os psicólogos ainda não são totalmente aceites por todos os elementos da equipa como parte integrante e imprescindível da mesma, quis ouvir a sua opinião sobre a como é feita a comunicação entre profissionais.

Psicólogo D1 – *“Existem reuniões onde estão todos os que fazem parte da Equipa. No caso dos enfermeiros, trabalham em maior numero na Equipa e não podem ir todos para a reunião, pelo que são representados pelo Chefe de Enfermagem e por dois enfermeiros que estão nessa semana por dentro dos casos. Depois sempre que necessário posso ir ao encontro dos restantes colegas e abordá-los para ser esclarecido sobre qualquer assunto inerente ao nosso trabalho. As relações horizontais do Serviço permitem essa abertura de sermos esclarecidos sem ter de pedir autorização para tal...Na forma como comunicamos é onde sinto que existe maior coesão entre nós.”*

Psicólogo D2 – *“Muito simples: quando não sei pergunto e quando preciso de apoio para cimentar o trabalho que estou a fazer, questiono os meus colegas. Somos informais uns com os outros, não existe nenhuma regra a não ser o respeito mútuo e a compreensão uns pelos outros, o que facilita a comunicação”.*

Comunicar numa equipa pressupõe que os diferentes profissionais estejam empenhados em prestar da melhor forma os cuidados de saúde ao utente, reconhecendo a interdependência entre todos os envolvidos. Uma comunicação sem obstáculos é ela mesma potenciadora de mudança: “a comunicação é um dos meios mais eficazes para a mudança de atitudes, já que constitui a essência vital à condução dos Homens.” (Morais, 2002)

Importa sublinhar que o Administrativo que assessora a equipa multidisciplinar tem de comunicar com todos os outros intervenientes para a concretização das tarefas burocráticas internas e externas ao contexto hospitalar. Assim sendo, este elemento é um dos que atribui grande importância à comunicação interdisciplinar, como se pode constatar no relato da entrevista quando confrontado com a questão “Como é feita a Comunicação entre profissionais?”

Administrativo: “ *Sem qualquer problema. Pode haver uma pessoa ou outra que pela sua forma de ser ou estar dificulta mais a forma de comunicar ou porque está há pouco tempo no Serviço ou por timidez, mas isso dura pouco tempo. Assim que começa a conhecer os colegas e a envolver-se na equipa sente-se mais confiante e começa a comunicar naturalmente.*”

Para os assistentes operacionais, a comunicação no seio da equipa também é feita de modo claro e preciso, mas estes relacionam-se e interagem mais com os Enfermeiros. Para estes elementos da equipa, a comunicação não chega a ser integral, não se estende a todas as categorias profissionais.

Assistente Operacional 1 – “*Sim, entre nós e os enfermeiros temos uma comunicação fácil, salvo algumas exceções. Com os médicos não tanto*”.

Assistente Operacional 2 – “*Sim, há uma boa relação*”.

Outra das perguntas que revelou opiniões diversas e totalmente opostas foi a seguinte: “Existe dominância/hegemonia⁶ de alguma profissão/disciplina sobre as restantes? Se sim, porque é que isto acontece?”

Perante esta questão, a maioria dos relatos recolhidos revelaram que os entrevistados consideram a relação com os colegas muito boa, pautada pela compreensão, tolerância e espírito de auto-ajuda, e que estas relações são muito gratificantes e contribuem significativamente para um bom ambiente de trabalho.

No que diz respeito à relação com os médicos, alguns entrevistados demonstraram insatisfação traduzida na indignação face à sua relação de trabalho com estes profissionais, referindo-se a existência de um certo elitismo por parte dos médicos psiquiatras, como podemos ressaltar nos seguintes testemunhos:

⁶ O termo “hegemonia” é usado para perceber se algumas profissões são “superiores” a outras e se há relações hierárquicas de subordinação entre os profissionais.

Enfermeiro A 11 – *“Já sabe que os médicos ainda são os mandões disto tudo! Ao fim ao cabo, se formos a ver quem é o Ministério da Saúde é a Ordem dos Médicos, isso nota-se no dia-a-dia... Apesar de que no nosso serviço isso já não se nota tanto, porque o nosso serviço foi remodelado e vieram muitos médicos novos que têm uma certa ligação e um diálogo diferente, trabalham mais em Equipa. Não é aquilo que nós queríamos que fosse, mas talvez com esta nova mudança de Psiquiatras, já não se nota tanto essa hegemonia..... Mas se formos a ver, de forma geral, o médico ainda é quem põe e dispõe, quer dos recursos humanos com que trabalha, quer na relação com o doente e com as famílias. Mas isso é cultural, terá de mudar a mentalidade dos cidadãos, os médicos estimulam para que isso aconteça e nós próprios enquanto profissionais da saúde não nos opomos muito a isso. Talvez se o fizéssemos, as coisas hoje já fossem diferentes.”*

Enfermeiro A 14 – *“Acho que já não, mas...quer dizer, médico é sempre médico! No entanto, hoje já não tem nada a ver. Aqui todos temos a noção que estamos juntos nesta jornada e as relações são mais abertas. Por exemplo, tratamo-nos por “tu”. Isto acontece principalmente com os médicos mais novos. Com o Director/Coordenador da Equipa não somos ainda tão informais, mas temos muito boa relação. Ele gosta que a equipa se dê toda bem e por isso também não nos dá ordens. É engraçado pensar nisso Pelo contrário, quase sempre nos pede para fazer esta ou aquela tarefa e percebemos que gosta que cada um tenha a sua responsabilidade cumprida para não ter de nos pedir seja o que for... cria um bom ambiente e é muito sincero com todos. Quando as coisas correm mal, em reunião fala-se abertamente dos assuntos e temos de uniformizar os comportamentos.”*

Enfermeiro A 19 – *“ Ainda se nota que o Médico Psiquiatra está no topo da pirâmide. Apesar de hoje em dia a comunicação ser mais fácil entre médicos e enfermeiros, porque já temos a possibilidade de discordar e argumentar e dar o nosso contributo para a resolução dos problemas, claro que se o Médico Psiquiatra não concordar ou aceitar o nosso argumento, simplesmente ignora e faz o seu trabalho tal como o entende.”*

Como premissa para uma forma de trabalho colectivo e interdisciplinar, senti que era importante ouvir o que os Médicos Psiquiatras pensam sobre os seguintes

temas: Existe dominância/hegemonia de alguma profissão/disciplina sobre as restantes? Se sim, porque é que isto acontece?

Diante da situação de assimetria nas relações de poder e de saber, penso que para os médicos é importante que empreguem algum do seu tempo a reflectir sobre as suas relações profissionais.

Psiquiatra B1 – *“Eu não sinto que haja hegemonia de uma disciplina sobre as outras. Garantir que os papéis estão bem definidos é fundamental. Enfim, esta questão coloca-se porque a responsabilidade do Médico é maior. Se algo acontecer de mal, em termos de alta médica, medicação ou não referência para apoio no domicílio, a responsabilidade recai mais sobre o médico psiquiatra, mas acho que não quer dizer que exista alguma dominância. No passado, os médicos, independentemente da sua especialidade, tinham um papel muito diferenciado e relações diferentes. Notava-se muito o poder da classe médica em relação aos outros técnicos, neste momento não sinto isso.”*

Psiquiatra B2 – *“Acho que não se pode falar em dominância. Os serviços de todos são indispensáveis: o enfermeiro passa aqui 24 horas, mas o serviço e o desempenho da assistente social é muito bom, tem um papel crucial. Sem dúvida nenhuma que hoje existe uma nova visão da psiquiatria e as relações são mais horizontais, embora o estigma continue. Para nós, hoje, esta proximidade entre a parte psicogénica e a parte mais orgânica veio tornar as coisas mais fáceis do outro lado. Aqui trabalham pessoas de diferentes áreas, são coisas diferentes, nós não podemos fazer o papel uns dos outros. Não posso passar a ser enfermeiro, não há aqui uma dominância de ninguém sobre ninguém. Nós não podemos passar sem os enfermeiros, nem sem a assistente social, ninguém aqui vale mais do que ninguém. Se os auxiliares não vierem trabalhar, nós também não podemos fazer o nosso trabalho. Embora em termos clínicos e em última análise quando a coisa corre mal a responsabilidade tem de ser sempre do médico.”*

Hoje sabemos que o conhecimento deverá ser de todos os profissionais integrados na equipa multidisciplinar. Porém foi visível através da análise das produções discursivas dos actores envolvidos no estudo que os médicos continuam no topo de uma pirâmide difícil de desmontar. Apesar de a psicologia ser uma disciplina que deveria trabalhar de forma partilhada com a psiquiatria, não é isso que acontece: os

psicólogos actuam dentro da equipa, mas a sua intervenção é muito ponderada e feita com redobrada atenção, uma vez que sabem que o psiquiatra tem o poder, junto dos doentes e da estrutura hospitalar, para suspender a participação e o apoio do psicólogo no tratamento sempre que haja conflito.

Durante a entrevista, percebi que os psicólogos falaram de forma cautelosa sobre a pergunta que lhes fiz: “Existe dominância de alguma profissão/disciplina sobre as restantes? Se sim, porque é que isto acontece?”

Psicólogo D1 – *“Acho que de forma manifesta ainda existe aquela hegemonia do médico sobre as restantes áreas, mas, depois, de uma forma mais latente, mais prática, cada vez mais está integrada a diferenciação e as competências de cada um.... É claro que ainda existe uma espécie de hierarquização histórica, clássica, em que todos os profissionais recebem orientações do médico.....Isto é um pau de dois bicos, porque para funcionar em equipa, alguém tem de ser o Gestor de caso. Hoje nem sempre é assim, porque quando é um caso em que existe doença potenciada devido ao contexto social do doente, o Assistente Social por vezes é o principal gestor do caso. O Enfermeiro, o Assistente Social ou o Psicólogo não estão diminuídos do Psiquiatra. Cada um está no seu posto e não nos podemos comparar porque fazemos trabalhos diferentes, senão éramos todos de uma classe só e não somos. De uma forma latente, cada um está no seu poiso e cada um contribui para o todo da Equipa.”*

Psicólogo D1 – *Eu não sinto essa supremacia, porque isso tem tanto a ver com a área do profissional como com a maneira de ser e estar do profissional, com a pessoa em si. As práticas são diferentes consoante as pessoas. Há serviços onde essa hegemonia pode aparecer mais e outros serviços onde essa hegemonia é muito menos sentida. Isso é muito característico das próprias pessoas e são elas que constituem as Equipas...Se a supremacia ou a hegemonia for sentida dentro de um grupo, podemos chamar-lhe tudo mas não lhe podemos chamar Equipa.”*

Em relação às questões de hegemonia e supremacia entre os vários profissionais, os Assistentes Operacionais não quiseram expressar a sua opinião. Já o Administrativo da equipa refere:

Administrativo – *“Que Eu sinta não. Pelo menos em relação a mim, todos me respeitam e respeitam o meu trabalho, ninguém me faz sentir que tem mais saber ou poder que eu só porque é assistente social, psiquiatra, psicólogo ou enfermeiro.*

Desempenho a minha actividade com bastante orgulho como profissional que sou e sou da opinião que ninguém deve ter a pretensão de ser superior a ninguém pelo cargo ou profissão que exerce. Aqui isso é recíproco, tenho uma boa relação com todos.”

Quanto às perguntas sobre como são as relações com os restantes profissionais e como é feita a comunicação entre eles, ambas as Técnicas de Serviço Social responderam que as relações são completamente horizontais, não existem dificuldades no relacionamento com os outros actores dentro da Equipa, não sentem nenhuma supremacia ou dominância de outras disciplinas em relação à sua e são sempre chamadas a participar nas decisões colectivas da Equipa. Dizem mesmo que a equipa trabalha de forma bastante satisfatória e empenhada.

A interpretação que fiz sobre a relação entre os enfermeiros e médicos levou-me também à seguinte pergunta: “Existe sobreposições de papéis?” Esta questão permitiu-me poder ampliar a pesquisa sobre as relações recíprocas ou de tensão entre os vários actores envolvidos na Equipa.

Enfermeiro A15 – *“Nem por isso. Mas existe um ou outro elemento de enfermagem que gostaria de ter sido médico e não o foi e às vezes extrapola aquilo que são as suas competências profissionais. Isso às vezes reflecte-se na forma de trabalhar das pessoas, porque por vezes nota-se que querem interferir na outra área e querem dar palpites que não lhes cabem...Mas isto é excepção, não é regra.”*

Enfermeiro A13 – *“Por vezes e se calhar sem intenção, isso acontece. Ou porque um de nós acha que o médico poderia medicar com outro fármaco que resultasse melhor com o doente e às vezes dizemos isso ao médico, ou porque um auxiliar tenta fazer o papel de enfermeiro, mas são questões pontuais e que não levam ao conflito”.*

Entrevista T.S.S.S – C1 – *“Todos conhecem e respeitamos as funções de cada profissional. Funcionamos bem”.*

Entrevista T.S.S.S – C2 – *“Cada um sabe até onde pode ir. Não vou fazer um penso porque não o sei fazer e também não tenho competências para tal. Assim como não dou palpites sobre a medicação”.*

Administrativo: *“Cada um deve tratar das suas actividades e nada mais.”*

Esporadicamente alguns elementos excedem-se, mas depois recompõem-se e percebem que é melhor não avançar com a ideia que estão a ter, vão a tempo de se corrigir. Mas é raro.”

Psiquiatra B1 –*“Penso que temos de ter papéis bem definidos, articular ou partilhar conhecimentos com a ideia de que todos podemos aprender uns com os outros. É muito interessante e curioso, mas eu não posso aceitar e esperar que um dos outros profissionais da equipa (que não seja Psiquiatra, claro) me dê ou me ajude a ter uma resposta sobre um problema que é exclusivamente da abordagem clínica. Os papéis bem definidos são importantes. Há limites que às vezes não estão tão claros, mas a questão de cada um se limitar ao seu papel permite que não haja atritos maiores”.*

Psicólogo D1 –*“Numa equipa, a teia de relações define um papel que à partida está legitimado pela categoria profissional de cada um de nós. Se extrapolamos essa orientação, estamos a trazer conflito para as relações. Podemos e devemos debater conhecimentos, mas apuramos o resultado final pelo conhecimento científico”.*

Se relativamente à sobreposição de papéis todos os elementos entrevistados foram unânimes em referir que pode acontecer apenas por descuido, não havendo intenção de criar dificuldades relacionais dentro da equipa, como se pode verificar nos trechos das entrevistas supra transcritos, também relativamente à pergunta “Quais os principais obstáculos à eficácia do trabalho da sua Equipa?” houve unanimidade nas respostas. Como principal causa de ineficácia da equipa é apontada a falta de recursos humanos principalmente médicos e assistentes operacionais. Outros factores apontados foram a discriminação e o preconceito relativamente à saúde mental por parte dos outros serviços de saúde integrados no sistema hospitalar e por parte da sociedade em geral.

Psicólogo D2 –*“A meu ver, os principais obstáculos à eficácia do trabalho em equipa são a incapacidade que cada um dos envolvidos tem em aceitar o outro e o conhecimento individual, a falta de tempo para desenvolver estratégias comuns e o facto de não haver comportamentos uniformizados no serviço. São ainda de considerar a falta de recursos humanos e o excesso de trabalho com que a equipa se depara diariamente, assim como a obrigatoriedade de cumprir prazos e o estabelecimento de metas impossíveis de cumprir.”*

Psicólogo D1 – *“O que dificulta a eficácia da equipa é a falta de espírito de equipa e de saber ouvir o outro. As diferenças individuais traduzem naturalmente diferenças de opinião e por isso temos de nos respeitar. As discordâncias podem conduzir à activação de um conjunto de sentimentos e emoções mais ou menos intensos que geram, por sua vez, um clima de tensão ou mesmo de conflito aberto no seio da equipa, por isso é preciso estarmos atentos”.*

Psiquiatra B5 – *“Devia haver mais médicos, terapeutas ocupacionais. Era interessante debater casos clínicos, mas às vezes, se fazemos isso, vamos perder mais tempo, entre outras. Depois ainda ficamos com menos tempo para os doentes internados.”*

Psiquiatra B3 – *“Deveria haver mais recursos humanos com um papel importante no apoio ao doente. O serviço de Psiquiatria é um serviço diferente porque estamos permanentemente a ser solicitados pelos doentes. Os nossos doentes têm uma necessidade permanente de serem esclarecidos sobre as suas angústias, medos e indecisões”.*

T.S.S.S – C1 – *“Neste momento precisamos de mais recursos humanos da área do Serviço Social. Se assim fosse, não tenho dúvida que isso aumentaria a qualidade da nossa intervenção com o doente.”*

Administrativo – *“Principalmente a falta de médicos, assistentes sociais e assistentes operacionais”.*

Assistente Operacional 2 – *“Acho que deveria haver mais dois assistentes operacionais: mais uma pessoa de manhã e duas à tarde”.*

Na interpretação que fiz dos relatos, constatei que a comunicação e as relações interpessoais são temas transversais ainda que diversificados em termos discursivos.

As entrevistas realizadas a estes profissionais revelaram-se instrumentos legitimadores da necessidade crescente de uma intervenção interdisciplinar e integrada na área da saúde mental. Enquanto referenciais das representações sociais dos actores sobre as suas práticas, vieram reforçar a importância de partilhar e valorizar conhecimentos diversos a fim de os integrar na diversidade das práticas da saúde mental.

Apesar da crescente ênfase dada às questões relacionadas com o trabalho interdisciplinar no desenvolvimento dos cuidados de saúde, considero importante o

reforço do investimento por parte da organização na criação de espaços dedicados à articulação de conhecimentos, como é o caso das reuniões semanais. É ainda notório perante os relatos dos entrevistados a resistência à multidisciplinaridade da parte de duas categorias profissionais: a classe médica pela questão do poder e do saber enaltecido pela divisão hierárquica; e a classe de enfermagem que tendencialmente pretende adquirir competências e responsabilidades que ainda não são aceites pelos intervenientes na equipa nem pela população em geral. Estas resistências são contraditórias à possibilidade e utilidade que poderá advir do crescimento deste modelo de trabalho.

Para além destes dois aspectos poderem constituir uma limitação, tendo em conta que a alteração dos comportamentos e mudança de mentalidades é feita de modo mais demorado do que a simples aquisição de competências, é preciso reorientar e estruturar uma nova lógica organizacional centrada nos interesses colectivos e não em perspectivas individuais.

A consolidação do trabalho em equipa passa pela articulação do trabalho colectivo, tanto no que se refere a objectivos comuns como na reflexão de como estes se constituem. Observa-se que há uma permanente tensão entre a autonomia profissional e os objectivos comuns. Esta tensão deve ou pode ser contornada quando os objectivos são estabelecidos colectivamente entre os vários intervenientes na Equipa.

Cada integrante da equipa deve ter claro o seu papel, o seu campo de intervenção e as suas possibilidades e limites, assim como os dos demais profissionais. Quando isso não acontece, o mais provável é uma diluição de responsabilidades e, em lugar da diminuição das fronteiras de acção entre as profissões, surgirá a irresponsabilidade e a recusa em assumir deveres em relação aos colegas.

A preocupação com a qualidade do vínculo interpessoal desempenha um papel essencial no fortalecimento do sentimento de pertença e da cultura comum, o que favorece a organicidade e a harmonia de ideias e práticas. Só é possível existir espírito de equipa se este for construído num espaço de livre manifestação de opiniões, solidariedade, ética e respeito.

CAPITULO IX – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DO ESTUDO

No sector da saúde, a preocupação com a interacção nos serviços de psiquiatria tem-se acentuado nos últimos anos, especialmente a partir da implementação do Plano de Saúde Mental 2007/2016, destinado a inter-relacionar práticas clínicas com práticas sociais.

Na sua globalidade, esta investigação demonstra a viabilidade e as vantagens de trabalhar de forma integrada na saúde mental em contexto hospitalar. Detectam-se, no entanto, problemas e insuficiências em acreditar na partilha e na divisão de conhecimentos de igual valor e credibilidade.

O estudo empírico demonstra a necessidade das várias categorias profissionais se envolverem para que seja mais fácil a intervenção multidisciplinar, uma vez que na equipa existem diferenças técnicas ao nível dos trabalhos especializados e desigualdade no valor atribuído a esses distintos trabalhos.

As práticas multidisciplinares cada vez mais frequentes na actualidade têm de ser norteadas cada vez menos por interesse ou pelas normas burocráticas, devendo pautar a sua intervenção pela interacção e pela interdependência. Tal deverá ser conseguido mediante formas de comunicação assertivas e anulação de poderes soberanos e instalados que em nada enaltecem o trabalho em saúde. Acresce ainda a necessidade premente de uma avaliação mais sistemática sobre a importância do trabalho conjunto na tomada de decisão.

A vida no hospital é uma vida de relação: relações entre profissionais da equipa multidisciplinar, entre eles e os doentes, entre eles e os familiares dos doentes e entre estes e a administração do hospital.

A equipa multidisciplinar trabalha no sentido de atingir um objectivo comum, o de desmistificar o conceito de doença mental e o de lutar contra o estigma a ela associado.

Nota-se que a rotina é a forma predominante de actividade profissional quotidiana. A maioria dos recursos humanos nas suas práticas diárias tem dificuldade de inovar, falta-lhe motivação e aceitação de novos paradigmas, tendo costumes rotineiros que condicionam o trabalho interdisciplinar.

No trabalho de observação e nas entrevistas, constatei a existência de diversos conflitos entre os profissionais. Este facto foi particularmente visível na relação entre os enfermeiros e os médicos, por exemplo, através da discordância relativamente às altas clínicas e ao pouco tempo dispensado pelos médicos aos utentes internados. Vários testemunhos referem que os enfermeiros se sentem desmotivados quando reúnem com um doente ou família e no final da reunião estes lhes pedem para falar com o médico. De referir contudo que estes conflitos são vivenciados de forma pouco visível.

Os enfermeiros procuram decisões viáveis, mesmo que nem sempre sejam as melhores, mostram-se preocupados com o serviço e com os doentes. Em determinadas afirmações de alguns profissionais de enfermagem percepcionei que sentem que desempenham alguns papéis para os quais não estão preparados cientificamente, mas cuja apropriação potencia e legitima um sentimento de auto-valorização.

Outra causa de conflito entre médicos e enfermeiros referenciada por estes últimos é a falta de médicos psiquiatras nesta unidade. Este facto leva por vezes a situações de desespero e mesmo a um sentimento de inutilidade perante um diagnóstico problemático, no contexto do qual o enfermeiro sente que poderia decidir de forma adequada sem o parecer médico, mas sentindo-se simultaneamente sem legitimidade para o fazer, o que origina às vezes uma certa ansiedade e stress nestes profissionais.

Uma situação que me parece polémica, de extrema importância e que merecia ser objecto de um estudo a efectuar é a falta de reconhecimento do Psicólogo como elemento fundamental na equipa de saúde mental.

O trabalho em equipa multidisciplinar e a existência de sobrecarga de tarefas nos enfermeiros devido ao limitado tempo despendido pelo médico aos doentes, leva á insatisfação no trabalho e origina alguns conflitos “silenciosos”. Estes mantêm este estatuto devido à assimetria nas relações de poder no hospital, o que justifica a pouca visibilidade desta dinâmica do conflito nas rotinas do quotidiano.

Outra das situações retratadas pelos entrevistados é a falta de recursos humanos. De referir que o reforço do número de profissionais destacados para a Equipa foi o factor mais verbalizado por todos como sendo a fórmula perfeita para tornar a equipa mais eficaz e eficiente. Na origem está um número crescente de doentes no atendimento e no internamento hospitalar, o que lhes permite afirmar que a estrutura hospitalar já não comporta mais doentes no serviço sem aumentar o número de profissionais.

Um grande numero de profissionais acredita que há necessidade de se desenvolver um trabalho interdisciplinar mais intenso e de maior consciencialização, dando a conhecer às pessoas a importância das práticas colectivas no contexto do trabalho hospitalar. Defendem que este processo deve ser gradual, com vista à ampliação do debate sobre a temática interdisciplinar, sendo a aceitação de todos os profissionais um ponto fulcral para aumentar a eficácia no trabalho em equipa e consequentemente no tratamento aos utentes.

No que respeita à tomada de decisão, o médico psiquiatra continua a ocupar uma posição hierarquicamente superior. À excepção dos psiquiatras, os restantes entrevistados reconheceram que só cooperam absolutamente na decisão se as suas sugestões forem muito pertinentes e especiais, pois o médico psiquiatra ainda é o decisor final.

Torna-se claro que em primeiro lugar há que mudar comportamentos individuais. Para que se dêem as transformações necessárias e melhorem as acções conjuntas, não é suficiente estruturar apenas políticas e directrizes através de decretos-lei teóricos que ninguém cumpre. É substancial e imprescindível que aqueles se traduzam no relacionamento interpessoal e nas práticas quotidianas dos profissionais que se encontram no terreno.

Muitos aspectos actuam como limitadores de um agir responsável, enquanto outros se revelam como potenciadores das práticas interdisciplinares e multidisciplinares. A problematização desta questão ancorada numa base que integre conhecimento, ética e acção, permite vislumbrar pontos essenciais a serem considerados no contexto hospitalar em estreita relação com o conjunto de actores sociais que o compõe. Essa problematização teria como principal consequência o desenvolvimento de uma abordagem mais integradora e agregadora de múltiplos saberes, com vista ao fortalecimento e ao enriquecimento do conhecimento comum.

Observei que mesmo havendo espaço para a articulação de práticas e saberes, em momentos de conflito de ideias e opiniões, assiste-se à emergência da hegemonia do médico psiquiatra, ainda muito presente em alguns profissionais desta área. Grande parte das divergências que continuam a existir em termos de dinâmica de equipa é consequência da sobrevalorização do poder médico e das dificuldades em conciliar diferentes saberes centrados no fenómeno da doença mental.

As organizações de saúde, como espaços de produção de capitais e de trocas simbólicas, não podem nem devem proporcionar a reprodução da hegemonia médica em detrimento dos saberes dos enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais ou outros. Especificamente em contexto hospitalar, a diversidade das relações interpessoais e a sua complexidade, se orientadas de forma pouco eficaz, poderão actuar como factores desestabilizadores da reprodução de boas práticas, configurando contextos de possível redução do sucesso das actividades a desenvolver.

Se, por um lado, as boas relações interpessoais podem contribuir para aumentar o espírito de equipa e o desempenho, por outro lado, a sua deterioração pode resultar na degradação das relações sociais inter e intra-organizacionais e, em consequência, interferir sobre o desempenho, em termos das tarefas a realizar.

Em relação à valorização do trabalho e motivação profissional, a maioria reconhece que suas actividades profissionais são valorizadas, sendo unânime a realização pessoal no trabalho, ainda que eventualmente estejam insatisfeitos pela sobrecarga de trabalho ou por persistirem conflitos. Sentirem-se valorizados no trabalho é um factor positivo para a execução satisfatória das actividades profissionais, pois o êxito no trabalho depende da vontade e prazer de quem faz.

A relação dos profissionais com o nível mais elevado da hierarquia hospitalar materializa-se nas directrizes emanadas pelas chefias de 1ª linha. Detectei interacção entre a gestão /administração hospitalar e alguns profissionais, nomeadamente com o Director de Serviço e o Chefe de Enfermagem, os quais consideram as sugestões dadas pelos administradores nas tomadas de decisão no serviço.

Ao nível dos actores da equipa, o relacionamento com o topo da hierarquia hospitalar processa-se via cadeia formal de poder. Os profissionais da Equipa raramente reportam as suas dúvidas às hierarquias superiores sem as dar a conhecer ao primeiro patamar hierárquico (o Director de Serviço e o Chefe de Enfermagem). Existe conhecimento sobre avaliação do serviço e questões do controlo de qualidade, mas quase todos relataram nas entrevistas que esse factor ainda não os influencia muito no desempenho da sua actividade diariamente e que essa informação sobre gestão, gastos e estatísticas, ainda está confinado ao Director de Serviço.

Não obstante as dificuldades detectadas neste estudo quanto ao trabalho numa Equipa Multidisciplinar, defendo que se deverá promover e facilitar o trabalho em

equipa multidisciplinar em todas as unidades de saúde, através de um novo enquadramento conceptual e organizativo que assente na capacidade de todos actores da equipa considerarem o trabalho dos outros tão importante quanto o seu, independentemente da disciplina ou da categoria profissional. Para que isto aconteça, terá de haver uma efectiva convergência, entendimento, interesse e capacidade de actuar e mudar os velhos hábitos dos vários actores da equipa.

Devem-se desenvolver formas de organização do trabalho nos locais da prática. Estas constituirão elementos potenciadores do trabalho interdisciplinar em paridade, assente em normas explícitas, escritas e negociadas entre pares, em que as hierarquias sejam configuradas em função da complexidade do trabalho a desenvolver. Considero ainda útil e necessário preparar momentos de reflexão, debate, análise e avaliação entre os profissionais sobre a capacidade de trabalhar colectivamente, de forma a garantir o empenho e o entrosamento de todos os envolvidos na prossecução de objectivos comuns.

Qualquer Equipa multidisciplinar de saúde mental só tem êxito se envolver e valorizar a dimensão do factor humano (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, assistentes operacionais, psicólogos, administrativos, etc.) não podendo esquecer que a razão de todo o sistema é o doente.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, M.C.P.; Mishima, S.M. (2001). "O desafio do trabalho em equipa na atenção à Saúde da Família: construindo 'novas autonomias' no trabalho in Interface", *Comunic, Saúde, Edu.*, 9.
- Arendt, Ronald J. J. (1997). *Psicologia comunitária: teoria e metodologia. Psicologia: Reflexão e Crítica*. Porto Alegre, v. 10, n. 1.
- Areosa, João; Carapinheiro, Graça. (2008). "Quando a Imagem é Profissão -Profissões da imagiologia em contexto hospitalar" in *Sociologia, Problemas e Práticas*. Lisboa. Celta Ed.
- Arnold, C. C, & Frandsen, K. D. (1984). "Conceptions of rhetoric and communication" in C. C. Arnold & J. W. Bowers (Eds.), *Handbook of communication and rhetorical theory* (pp. 3-50). Boston: Allyn and Bacon.
- Bourdieu, Pierre. (1996). *Razões práticas: sobre a teoria da acção*. Campinas: Papyrus,
- Caetano, António *et al.* (2001). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Editora Macgraw Hill.
- Carapinheiro, Graça (1993). *Saberes e Poderes no Hospital*. Porto: Edições Afrontamento.
- Carapinheiro, Graça. (1997). *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto/Portugal: Edições Afrontamento.
- Castro, José Luís, (2001) "Rede Social: Um modelo diferente de trabalho em parceria" in *Pretextos*, nº8, Dezembro, Instituto para o Desenvolvimento Social- IDS.
- Cataldo Neto, A.; Annes, S.; Becker, V. (2003). "História da Psiquiatria" in: Cataldo Neto, A., Gauer, G.C., Furtado, N.R. *Psiquiatria para Estudantes de Medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Chanlat, Jean François. (1993). "O indivíduo nas organizações" in Pereira, Luiz Alberto (2003). *Poder e clima organizacional: um estudo de caso em uma empresa petroquímica*, Tese de Mestrado Salvador. Universidade Federal da Bahia.
- Cotta, R.M.M.; Schott, M.; Azeredo, C.M.; Franceschini, S.C.C.; Priore, S.E.; Dias, G. (2006). "Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde" in *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 15 (3).
- Crespo, C. (2007). *Rituais Familiares e o Casal: Paisagens Inter-sistémicas*. Tese de Doutoramento em Psicologia da Faculdade de Psicologia e das Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

- Crozier, Michel & Friedberg, Erhard. (1977). *L'acteur et le système*. Paris, França: Le Seuil.
- Crozier, Michel. (1979). *On ne Change pas la Société par Décret*. Paris: Éditions Bernard Grasset.
- Cunha, Miguel Pina (2003). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa : Editora RH.
- Drucker, P. (1998). *Introdução à administração*. 3a. Edição. São Paulo: Pioneira.
- Dubar, C. (2003). "Les travailleurs sociaux, un groupe professionnel?" in A. Vilbrod [coord.], *L'identité incertaine des travailleurs sociaux*. Paris: L'Harmattan.
- Dubar, C.;Tripiet, B. (1998). *Sociologie des professions*. Paris : Armand Colin.
- Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris: Le Seuil.
- Ducanis J., Golin A. (1979). *The Interdisciplinary Health Care Team. A Handbook*. Aspen Publication.
- Durkheim, Émile. (1977). *A Divisão do Trabalho Social*. Lisboa: Editorial Presença.
- Etzioni, Amitai. (1984). "Organizações Modernas" in Costa, Jorge Adelino, (1996) *Imagens Organizacionais da Escola*, Porto: Edições Asa.
- Ferreira, J. M.; Neves, José; Abreu, Paulo Nunes; Caetano, António (1998). *Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: McGraw Hill.
- Ferreira, J. M. Carvalho *et al* (2001). *Psicossociologia das Organizações*, Lisboa: McGraw Hill
- Fraisse, J. (2004). "Espace de formation et processus de professionnalisation" in. P. Herbrard (coord.) *Formation et Professionnalisation des travailleurs sociaux, formateurs et cadres de santé*. Paris: L' Harmattan.
- Freidson, Eliot (1970). *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Nova Iorque: Atherton Press, Inc.
- Gineste, Y; Pellissier, J. (2007). *Humanitude: Comprendre a velhice, cuidar dos Homens velhos*. Instituto Piaget, Colecção Medicina e Saúde: Lisboa.
- Gomes, A. D. (1996). "Cultura Organizacional" in C. Marques, & M. P. Cunha, *Comportamento Organizacional e Gestão de Empresas*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Hackman, J. R. (1990). *Groups that work (and those that don't)*. San Francisco : Jossey-Bass.

- Hespanha, Pedro *et al.* (2000). *Entre o Estado e o Mercado: as fragilidades das instituições de protecção social em Portugal*. Coimbra : Quartetto Editora.
- Hughes, Everett C. (1996). *Le Regard Sociologique. Essais Choisis*. Paris : Editions Ehss.
- Ion, J. e Ravon, B. (2005). *Les travailleurs sociaux* [7ª Ed.]. Paris : La Découverte.
- Japiassu, Hilton. (1995). *Introdução à epistemologia da Psicologia*. 5. Ed. São Paulo: Letras & Letras.
- Karsz, S. (2004). *Pourquoi le travail social? Définition, figures, clinique*. Paris: Dunod.
- Katzenbach, J. R. (1994). *A força e o poder das equipas*. Editora Makron Books : São Paulo.
- Martins, J., Bicudo, M.A.V. (1989). *A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Educ/Moraes.
- Mendes, Aida. (2002). *Stress e Imunidade*. Edições Formasau: Coimbra
- Morais, Ana Maria Martins. (2002). *Gestão de Conflitos*. Lisboa: Nursing, nº172.
- Morgan, G. (1996). *Imagens da Organização*. São Paulo: Atlas.
- MORON MAM. Concepção, desenvolvimento e validação de instrumentos de coleta de dados para estudar a percepção do processo decisório e as diferenças culturais. 1998. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre.
- Neves, J. G.; Jesuíno, J. C. (1994). "Cultura organizacional: estudo empírico com base no modelo dos valores contrastantes in *Psicologia*. IX: 3.
- Oliveira, Alexandre; Graveto, João. (2002). Comunicação: um verdadeiro meio da essência de ser enfermeiro" *Pensar Enfermagem*, vol. 8, nº1: Lisboa.
- Peduzzi, M. Equipe multiprofissional de saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.
- Pereira, Orlindo Gouveia. (1999). *Fundamentos de Comportamento Organizacional*. Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa.
- Pugh, Derek S.; Hickson, David J. (2004). *Os teóricos das organizações*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Reynaud, Jean-Daniel. (1995). *Le conflit, la négociation et la règle*. Toulouse : Octarès Édition.

Ribeiro, E.M.; Pires, D.; Blank, V.L.G.(2004). *A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do Programa de Saúde da Família*. Cad Saúde Pública, 20(2).

Rizottii, M.L. A. (1991). *Trabalho em Equipa – um estudo de caso na área da saúde*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica. 156 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social junto ao Programa de Estudos Pós Graduados em Serviço Social).

Rodrigues, Maria Lúcia. (1998). "O Serviço Social e a perspectiva interdisciplinar" in Martinelli, M. L. et al. (org). *O Uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber*. São Paulo: Cortez/ Educ.

Rodrigues, Maria Lurdes. (1997). *Sociologia das Profissões: A sociologia das Profissões em Portugal*. Oeiras : Celta Ed.

Saeki TJ, Correa AK, Souza MCBDM, Lanetti ML. (2002). *O psicodrama pedagógico: estratégia para a humanização das relações de trabalho*. Rev. Bras. Enferm.

Salgueiro, Ana Jacinta Martins. (2001). *Expectativas dos Estudantes do Ensino Superior de Enfermagem*. 1ª Ed, Lisboa: Universitária Editora.

Santos, Boaventura de Sousa. (2004). *Um discurso sobre as ciências*. São Paulo: Cortez.

Santos, Boaventura de Sousa. (2005). *Globalização fatalidade ou utopia*. Edições Afrontamento.

Schermerhorn, Jonh K. (1999). *Administração*. 5ª edição. Rio de Janeiro: CTC.

Silva, Maria Júlia Paes da. (1996). *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo : Editora Gente.

Stuedler, François (1974). *L' Hôpital en Observation*, Paris: A. Colin.

Stuart, G. W. (2002). "Respostas emocionais e transtornos do humor". In Stuart, G. W. & Laraia, M. T. *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática*. Porto Alegre: Artmed

Vasconcelos, E.M. (1996). "Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental." *Serviço Social e Sociedade*. N. 54. São Paulo: Cortez.

Veragara, S. C. (2005). *Gestão de pessoas*. 4. ed. São Paulo : Atlas.

Weick, Karl E.; SutcliffeU, Kathleen M. (2001). *Managing the Unexpected*. s/ed., San Francisco : Jossey Bass.

Weisshaupt, Jean Robert (org.) (1985). *As Funções Socio-Institucionais do Serviço Social*, S. Paulo: Cortez Editora.

Who. (2001). *The world health report - 2001: Mental health (New understanding, new hope)*. Geneva: World Health Organization.

Zaccaro, S. J., Rittman, A. L., & Marks, M. A. (2001). "Team Leadership". *The Leadership Quarterly* 12

Créditos de Fotografia

Fotografia da Capa – Autor: José Vicente, técnica: pintura e colagem sobre papel, ano: 2011

Lista de Anexos

Anexos I – Caderno de Investigação

Anexo II – Guião das entrevistas

Anexos I – Caderno de Investigação



Caderno de notas da Investigação

Titulo: As relações interprofissionais em equipas de saúde mental.
(Aspectos sociológicos e organizacionais).

Equipa Multidisciplinar de Saúde Mental do Hospital de Santo André

Reunião de Equipa:

Data ___/___/___

Duração_____

Numero de Participantes por Categoria profissional/Especialidade Médica:

Psiquiatra ___ Psicólogo_____ Assistente Social ___ Enfermeiros_____ Outros_____

Caso/assunto:

Coordenação/Liderança:

Psiquiatra:

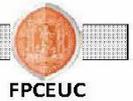
Psicólogo:

Enfermeiros:

Assistente Social:

Outros

Interacção entre os vários profissionais



Liderança

Apresentação dos Casos a Resolver

Formas de Comunicação

Objectivos de Equipa

Articulação de Conhecimentos/interdisciplinaridade

Tomada de decisão

Horizontalidade e flexibilidade

Problema Multidimensional

Satisfação no trabalho

Mestrado de Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo
Título: As relações interprofissionais em equipas de saúde mental. (Aspectos sociológicos e organizacionais).
Equipa multidisciplinar de saúde Mental do Hospital de Santo André
José Vicente
Ano: 2011

Anexo II – Guião das entrevistas



Guião da Entrevista

1-Identificação do Profissional, ano de Formatura e especialidade.

2 – Como ocorreu a inserção profissional na ocupação actual, quais os mecanismos formais e informais utilizados na selecção e no processo de socialização? Qual o vínculo institucional?

3- Descrever as funções actuais e as actividades que são executadas diariamente, semanalmente, mensalmente e esporadicamente (descrever um dia de trabalho).

4 – Descrever as actividades que estão a ser realizadas por outros profissionais e que se relacionam com as suas actividades.

5 – Descrever o trabalho em Equipa.

6 – A sua equipa trabalha bem, porquê?

7 – Descreva Vantagens e desvantagens do trabalho em equipa.

9 – Descreva o grau de responsabilidade e autonomia de cada membro da Equipa.

10 – Há Hierarquia entre os profissionais?

11 – Existem Limites à autonomia de cada profissional?

12 – Como são tomadas as decisões na Equipa?

13 – Qual o grau de interdependência dos membros da Equipa?

14– No caso de haver algum erro de quem é a Responsabilidade? É Individual ou colectiva?

15 – Lembra-se de algum Facto que tenha comprometido o desempenho da Equipa.

16 – Existe dominância de alguma profissão/disciplina sobre as Restantes? Se afirmativa, porque é que isto acontece?

17 – De que forma Poderia ser reduzida?

18 – Existe sobreposições de papéis?

19 – Como é Feita a Comunicação entre profissionais?

20 – Há reuniões entre a Equipa como funcionam?

21 – Como são Comunicados á equipa os casos dos pacientes em termos de diagnósticos e prognóstico?

22 – Em seu ver como deveria trabalhar uma equipa para se tornar eficaz?

23 – A sua Equipa aproxima-se da Equipa ideal? Porquê?

24 – Quais os principais obstáculos á eficácia do trabalho da sua Equipa?

25 – O que deveria ser feito ou quais as mudanças que deveriam ocorrer para que o trabalho da sua equipa se aproximasse da equipa ideal?

Obrigado pela sua disponibilidade

José Vicente

Leiria, 19 de Janeiro de 2010