

Equipe

Alfredo José Mansur¹

Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

A atuação dos médicos e dos profissionais de saúde de modo geral frequentemente se organiza por equipes. A necessidade e a importância dessa organização são reconhecidas. Viva e presente na prática cotidiana, a “equipe” é lembrada por pacientes e familiares e profissionais sob diferentes ângulos de visão.

A reflexão foi-me despertada — como muitas vezes acontece aos médicos — pelo comentário do familiar de um paciente, exatamente o avô, em uma cidade distante, ao se referir a um conceituado hospital paulistano: “Lá vocês trabalham em equipes” — o fato de existir a “equipe” era um qualificativo denso de significados. Como médicos fazem muitas vezes, ouvi, e não cabia perguntar na ocasião o que se queria dizer com isso.

A etimologia do termo “equipe” nos remete ao escandinavo antigo *skipa*, sobre a raiz germânica *skip* — navio, embarcação.¹ Portanto, traz no seu significado as ideias de navegar, de embarcação, de espaço definido, e respeitadas certas regras aglutinadoras, a ideia de atuação de várias pessoas; para tanto conciliam necessidade, aglutinação, direção e sentido.

Necessidade — A necessidade de equipes para a prática médica e para os cuidados à saúde está fora de discussão. Essa necessidade pode se impor por diferentes razões, entre elas:

- a) disponibilidade no tempo e no espaço — atividades 24 horas só são possíveis com o auxílio de equipes, pois profissionais têm limite de capacidade operacional de trabalho. Alguns tratamentos só se viabilizam se houver uma rede geográfica engajada no processo (exemplo: transplante de órgãos);
- b) competências — cuidados com pacientes demandam competências e especificidades técnicas diversas que podem ser melhor atendidas por diferentes profissionais reunidos em equipe;
- c) ações complexas — a complexidade de algumas ações de cuidado (exemplo: reabilitação), de diagnóstico (exemplo: quando diferentes métodos são necessários) e de tratamento (exemplo: intervenções cirúrgicas complexas) de pacientes é melhor atendida por uma equipe;
- d) decisões clínicas difíceis — casos de decisão clínica difícil podem se beneficiar das competências reunidas por uma equipe;
- e) situações éticas intrincadas — muitas vezes esses casos demandam equipe ampla, incluindo profissionais que não

são da área médica. É interessante lembrar que a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde exige não haver mais que metade de seus membros pertencentes à mesma categoria profissional nos comitês de ética em pesquisa institucionais. Por exemplo, em um hospital não mais de 50% dos integrantes dos comitês de ética em pesquisa podem ser médicos. Aspectos específicos de cada área de atuação podem ser acrescentados pela experiência dos colegas médicos.

Aglutinação — Várias leituras são possíveis no movente que aglutina as equipes, entre eles: a) a natureza da prática a que se dedica — como por exemplo: serviços médicos de emergência; b) o hospital que mobiliza uma equipe; c) o serviço — por exemplo: serviços de anestesiologia, serviço cirúrgico, serviço de endoscopia etc.; d) o líder da equipe — a equipe é mobilizada quando o seu líder precisa atuar, como por exemplo em algumas intervenções cirúrgicas; e) a companhia seguradora à qual o paciente é filiado quando do sistema de saúde suplementar.

Direção e sentido — O sentido do trabalho da equipe clínica é o paciente. Nesse sentido, é subentendida uma direção. Numa equipe, nem sempre todos os participantes do processo atuam na sua finalização diagnóstica ou terapêutica, ainda que o paciente possa interagir com os membros da equipe em algum momento do seu cuidado.

Interação equipe-paciente — O paciente é um indivíduo e cada paciente é único. Na interação equipe-paciente, é necessário que o nível “processo”, no qual opera a “equipe” — conjunto de profissionais — se individualize, para alcançar por meio de cuidados, terapêutica ou apoio à dimensão única e a singular de cada paciente. O paciente não se comunica com “todos”, embora receba estímulos do ambiente terapêutico no seu entorno.

Momentos da individualidade do paciente reclamam ocasionalmente a individualidade do médico; se essa individualidade estiver dissipada na ideia da equipe, pode haver desconcerto. Nesse contexto, a relação equipe-paciente pode ser apreciada de diferentes perspectivas, entre elas:

- a) comunicação — diferentes integrantes de uma mesma equipe podem transmitir informações com o mesmo conteúdo com

¹ Livre-docente em Cardiologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Diretor da Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

- fisionomia, palavras ou entonação diferentes. Tais situações podem modificar o entendimento, atrapalhar a compreensão e serem entendidas como dizendo coisas diferentes ou até antagônicas;
- b) comentários parciais — comentários ou explicações a respeito de uma função ou de um órgão, descontextualizados do quadro clínico como um todo, podem permitir interpretações equivocadas. Por exemplo, por ocasião de exames que avaliam a anatomia ou função de um órgão, comentários podem permitir a impressão de que o resultado do exame fará a decisão clínica, e não o contrário: com base no quadro clínico é que será ponderada a contribuição que o exame trará. Potencialmente, esse viés pode atrapalhar o entendimento por parte de pacientes e familiares e “resolver” o que ainda não esteja resolvido;
- c) transferência — em situações que demandam tratamento complexo ou equipe numerosa, o paciente pode ser transferido de um membro da equipe para outro, para dar sequência aos processos de cuidado, diagnóstico ou tratamento. Por vezes o processo fica exaustivo e pode-se ter a noção de que não exista um interlocutor que reúna as informações frente ao problema clínico que se apresenta. Imagine-se: a) um membro da equipe avalia: há necessidade de um exame invasivo (realizado na sequência); b) outro membro da equipe examina e conclui: “não é cirúrgico”; c) outro membro da equipe prescreve medicamento e pede exame não invasivo; d) outro membro da equipe: exame não invasivo para avaliar efeito do medicamento com repetidos comentários durante o exame, feitos para o paciente e para colegas que acompanharam o exame, “não só não melhorou como surgiu mais uma alteração”; e) retorno ao médico que prescreveu o medicamento: não funcionou, suspender a medicação, “não tenho contribuição adicional a fazer”, “retorne ao outro especialista”; f) outro membro da equipe: “o(a) sr(a) está nervoso(a)”. Se essa sequência acontecesse, seria compreensível certa perplexidade;
- d) número — às vezes, cuidados e tratamento de pacientes mobilizam diferentes especialistas. Estes, por sua vez, podem ter cada um a sua equipe de dois, três, quatro (ou mais) profissionais, de tal modo que em um determinado paciente podemos ter até ($n \times 4$ ou $n \times n$) pessoas acompanhando o caso, de tal modo que potencialmente pode ser mais complexo concertar as diferentes contribuições terapêuticas, bem como monitorar os potenciais efeitos colaterais;
- e) verificação — é possível que equipes numerosas permitam a possibilidade de pacientes ou familiares proporem questões parecidas para diferentes membros de uma equipe com o

objetivo de consolidar as informações que obtêm e delas se certificarem;

- f) atribuição impessoal — em algumas situações, a atribuição de uma etapa do cuidado ou do tratamento de pacientes potencialmente pode incidir em um termo vago: o sujeito de tal ação seria oculto, indeterminado ou inexistente. Seriam situações nas quais há uma espera por algum tipo de providência ou resultado sem que fique aparente a responsabilidade por essa providência ou resultado; quase uma decorrência do “sistema” (equipe?), seja lá o que isso pode significar;
- g) expectativas infundadas – divulgações de marketing ou mesmo de divulgação pela mídia podem propiciar expectativas infundadas para pacientes. Estes, quando se deparam com a circunstância real dos processos de doença, cuidados, diagnóstico e tratamento, podem sentir dificuldade em conciliar a experiência que passam com a expectativa previamente construída e gerar um desajuste interior entre expectativas e a realidade.

Para finalizar, lembremos que a atuação da equipe favorece o bem-estar dos pacientes por estarem sendo cuidados por muitas pessoas. Mas há um aspecto que pode passar despercebido que é a dimensão econômica — os custos — de se reunir profissionais altamente especializados; mas não é esse o escopo fundamental desta reflexão.

As reflexões acima, que não têm a pretensão de esgotar o assunto, podem ser enriquecidas com os pontos de vista ou experiências de muitos colegas médicos.

REFERÊNCIAS

1. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

INFORMAÇÕES

Endereço para correspondência:

Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44
São Paulo (SP)
CEP 05403-000
Tel. InCor (11) 3069-5237
Consultório: (11) 3289-7020/3289-6889
E-mail: ajmansur@incor.usp.br

Fontes de fomento: nenhuma

Conflito de interesse: nenhum

Data de entrada: 8 de dezembro de 2010

Data da última modificação: 8 de dezembro de 2010

Data de aceitação: 16 de dezembro de 2010