

## **Trabalho em Equipe: Um Estudo Multimetodológico em Instituição Hospitalar de Reabilitação**

Elizabeth Queiroz<sup>1 2</sup>

Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo

Universidade de Brasília

### **Resumo**

Desenvolveu-se uma investigação visando a descrever, analisar e compreender aspectos comunicacionais e interacionais da tomada de decisão (TD) em instituição de reabilitação. Para tanto, realizaram-se registro observacional direto e filmagem da reunião de discussão de caso, bem como entrevistas individuais e em grupo com profissionais dos dois programas estudados. Os resultados indicaram que, na situação estruturada de reunião, a TD está centrada no paciente, com predomínio de foco ampliado nas discussões e maior frequência de verbalizações de natureza “fornece” e “solicita informações”. O mecanismo “expande discussão” é o mais utilizado. A percepção do apoio interprofissional é avaliada como fator facilitador da TD, ao passo que características pessoais, aspectos específicos da interação e a estruturação do programa de reabilitação dificultam-na. A abordagem multimetodológica adotada mostrou-se satisfatória.

*Palavras-chave:* Trabalho em equipe; reabilitação; tomada de decisão; comunicação.

### **Teamwork: A Multimethodological Study at Hospital Institution of Rehabilitation**

### **Abstract**

This study was designed to describe, understand and analyze the communicational aspects of the decision making process (DMP) of two clinical teams at a rehabilitation hospital. Direct observations, videotaping of meetings for case discussion, individual and group interviews with the professionals were made. Results indicate that, in the structured situation of case discussion, the DMP was centered on the patient with a predominant use of an amplified focus on discussions and higher frequencies of “offers” and “asks for information”. The mechanism “expands discussion” was the most used by professionals. Inter-professional support was perceived as a facilitating factor. Personal characteristics, aspects of the interaction and aspects of the programs activities structuring were seen as hampering factors in DMP. The adopted multimethodological approach proved to be satisfactory.

*Keywords:* Teamwork; rehabilitation; decision-making; communication.

Do ponto de vista conceitual, reabilitação pode ser definida pela natureza subjetiva e processual das vivências envolvidas, em que se buscam adaptação, bem-estar, inclusão social e independência do indivíduo atingido por alguma limitação ou dano. Em função de tal complexidade, alguns autores alertam quanto à necessidade de uma análise custo-efetividade para que sejam identificadas as intervenções que alcançarão os objetivos mais satisfatórios para um dado número de recursos, lembrando-se que o custo real de uma intervenção não pode ser representado pelos recursos financeiros investidos, mas sim pelos benefícios em saúde que podem ser obtidos (Chapman & Sonnenberg, 2000, Trexler & Fordyce, 2000). Nesse sentido, o papel do profissional é essencial, na medida em que é um agente capaz de promover aprendizagem e facilitar a consecução dos objetivos estipulados pelo programa de intervenção

por meio da adoção de procedimentos adequados de orientação, visando o alcance de metas realistas de reinserção social. As atitudes dos profissionais influenciam diretamente a maneira como o paciente se percebe após a lesão e como integra sua nova condição (Duncan et al., 2002; McLellan, 1991; Meily et al., 2005; Pereira & Araujo, 2005).

Mas, apesar de criteriosos e bem fundamentados, programas de reabilitação costumam esbarrar em diversos empecilhos, muitos deles relacionados ao próprio funcionamento da equipe profissional. Em outras palavras, para que o modelo de reabilitação possa efetivamente superar o modelo médico, é necessário assegurar a coordenação das atividades exercidas pelas diferentes categorias profissionais. Dessa ótica, embora cada categoria tenha um modo de atuar mais amplamente reconhecido, pouco se sabe sobre os fatores que caracterizam o processo grupal subjacente. Para o desenvolvimento de uma teoria sobre trabalho em equipe de saúde, é imprescindível conhecer melhor os atributos das equipes, das profissões, das instituições e do sistema de saúde a partir de uma análise contextual. O paciente beneficia-se muito mais do programa de reabilitação quando a equipe funciona de modo articulado e coerente, visto que

<sup>1</sup> Endereço: Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Campus Darcy Ribeiro, Asa Norte, Brasília, DF, 70.910-900. E-mails: bethqueiroz@unb.br ou araujotc@unb.br

<sup>2</sup> Pesquisa realizada durante o Doutorado da primeira autora sob a orientação da segunda.

ele compreende melhor o que lhe é proposto e pode assim participar mais ativamente do processo decisório exercendo sua autonomia (Cooley, 1994; Strasser, Falconer, & Martino-Saltzman, 1994; Yarkonny, 1994).

O processo de tomada de decisão (TD) é um elemento crucial em saúde, pois o profissional tem que determinar o que está errado com o paciente e recomendar tratamento, enquanto o paciente tem que decidir se procura ou não cuidado especializado e se segue ou não o tratamento recomendado. Em reabilitação, um processo decisório pode ser inviabilizado se há percepção distorcida dos resultados ou dos valores atribuídos: resultados importantes podem ser ignorados, resultados irrelevantes podem ser incluídos, a evidência disponível pode ser incompleta, a evidência existente pode ser superestimada ou mal interpretada, o raciocínio pode ser incorreto, experiências pessoais podem ter um peso indevido. Em um plano mais amplo, os responsáveis pelas políticas de saúde também têm que decidir o que promover e o que desencorajar, além do que pagar. Todas essas decisões determinam a qualidade do cuidado em saúde e seu custo econômico. E mais do que isso, a tomada de decisão em saúde se apresenta como um campo privilegiado de estudos, pois impõe desafios únicos que incitam avanços em pesquisas, tanto da análise das decisões, quanto das teorias descritivas de decisão (Chapman & Sonnenberg, 2000; Eddy, 1990).

De fato, existe um grande consenso quanto à necessidade de um trabalho em equipe, caracterizado por ações coordenadas e integradas, em razão da amplitude e diversidade das intervenções planejadas em reabilitação (Bakheit, 1996; Reilly, 2001; Yagura, Miyai, Suzuki, & Yanagihara, 2005). Reabilitação, então, corresponde ao esforço da equipe para assegurar a recuperação da autonomia da pessoa acometida por uma incapacidade, cuja participação – no processo de tomada de decisão (TD) relacionado a seu próprio cuidado – deve ser estimulada na maior extensão possível (Campos da Paz, 2002; Drimmer, 1998; Hammell, 1995; Laidler, 1994).

Do ponto de vista histórico, cabe lembrar ainda que a divisão 22 da *American Psychological Association* (APA), organizada em torno das questões envolvidas na Psicologia da Reabilitação, vem atuando a partir de 1956 em prol da aplicação dos conhecimentos psicológicos nessa área. No Brasil, desde 1954, realizam-se intervenções na Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, o que constitui um marco significativo da atuação do psicólogo em saúde e mais especificamente em reabilitação (Neder, 1991).

Todavia, apesar do tempo transcorrido ao longo de mais de cinco décadas, ainda persistem importantes desafios conceituais, metodológicos e práticos que exigem a realização de mais estudos e pesquisas. Dentre eles, destacam-se aqueles destinados ao aprofundamento da descrição, análi-

se e compreensão dos aspectos comunicacionais e interacionistas, fortemente vinculados à satisfação dos usuários, da equipe de reabilitação e da comunidade. Ampliar a compreensão sobre tais aspectos visa, em última instância, otimizar os recursos disponibilizados para o alcance das metas de reabilitação, incrementando o aprimoramento da qualidade assistencial (Grant, Cissna, & Rosenfeld, 2000; Hall, Milburn, Roter, & Daltroy, 1998; McNellis, 2001).

Mas, é fundamental que tais propostas não se limitem a focalizar os níveis interpessoais das trocas, uma vez que se admite a relevância do contexto institucional para a concretização de um programa de reabilitação (Cook, Gerrish, & Clarke, 2001; Lammers & Geist, 1997; Miller, Hickson, & Wilson, 1996; Strasser, Falconer, & Martino-Saltzman, 1994; Unsworth, 1996). Além disso, no que se refere ao interesse científico e metodológico, pesquisas empíricas sobre a atuação de equipes de saúde ainda são limitadas, em particular no contexto brasileiro (Costa Neto & Araujo, 2001).

Assim sendo, o presente trabalho tem como objetivo geral caracterizar o processo de comunicação e a TD em dois programas de reabilitação em uma mesma instituição hospitalar. São definidos como objetivos específicos: a) descrever a natureza da comunicação dos profissionais durante as reuniões de discussão de caso em equipe; b) caracterizar os padrões de interação dos profissionais durante essas reuniões; c) identificar os elementos que subsidiam a TD em equipe; e d) comparar as duas equipes em relação aos parâmetros anteriormente mencionados.

### Método

A investigação é composta por dois programas de um hospital especializado em reabilitação, a saber:

– Programa do Lesado Cerebral Adulto (PLCA) – atende pessoas com seqüelas de lesão cerebral, acidente vascular cerebral, traumatismo crânio-encefálico, anóxia cerebral e outros danos, com idade igual ou superior a 16 anos, cujo acompanhamento em esquema de internação, acompanhamento ambulatorial ou em regime de hospital-dia pode incluir reabilitação, treinamento familiar ou tratamento cirúrgico. A enfermaria tem capacidade para 64 leitos, organizados em duas alas e seis apartamentos. No momento da coleta de dados, a equipe era composta por um médico neurologista, dois médicos clínicos, 21 enfermeiros, seis auxiliares de enfermagem, nove terapeutas funcionais, uma nutricionista, duas professoras hospitalares, dois professores de educação física, uma professora de artes, uma professora de nível médio, duas psicólogas, uma assistente social e uma fonoaudióloga. Além dos profissionais acima citados, ortopedistas, cirurgiões torácicos, cirurgiões plásticos, anestesistas, neurologistas, neurocirurgiões e urologistas também atuam em casos específicos;

– Programa do Lesado Medular Adulto (PLMA) – atende pacientes com idade igual ou superior a 16 anos, com lesão medular traumática e não traumática. Oferece o mesmo número de leitos e possui estruturação semelhante. Por ocasião da coleta, reunia três médicos clínicos, 23 enfermeiros, sete auxiliares de enfermagem, nove terapeutas funcionais, uma nutricionista, uma professora hospitalar, dois professores de educação física, uma professora de artes, uma professora de nível médio, duas psicólogas e uma assistente social.

#### Caracterização da Amostra

No total, participaram 41 profissionais, sendo 22 do PLCA (uma assistente social, duas enfermeiras, uma fonoaudióloga, três médicos, uma nutricionista, dois professores de educação física, duas professoras hospitalares, uma professora de nível médio, duas psicólogas e sete terapeutas funcionais) e 19 do PLMA (uma assistente social, dois enfermeiros, três médicos, uma nutricionista, um professor de educação física, uma professora hospitalar, uma professora de nível médio, duas psicólogas e sete terapeutas funcionais). Estatísticas descritivas efetuadas apontam que a amostra é caracterizada por pessoas jovens com idade média de 29 anos (moda: PLCA + PLMA = 29 anos; PLCA = 29 anos; PLMA = 27 anos), predominantemente do sexo feminino (71%). No PLCA, o sexo feminino representa 77% e no PLMA, 64%. Em relação ao tempo de conclusão da graduação, observa-se uma variação entre um e 23 anos. Em relação ao tempo de atuação na instituição, a média é de sete anos e seis meses, sendo que 78% dos entrevistados já haviam atuado em algum outro programa na mesma instituição. Não há diferença estatisticamente significativa no que se refere ao tempo de atuação dos profissionais quando comparados ambos os programas. No PLCA, 86% dos profissionais haviam atuado em outros programas e no PLMA, 68%.

#### Procedimentos

##### Coleta de Dados

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição estudada e, conforme previsto na resolução 196/96, cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi organizada em três etapas sequenciais: registro observacional direto e por filmagem das reuniões semanais de discussão de casos, entrevista individual e entrevista em grupo. Foram filmadas duas reuniões por programa, totalizando aproximadamente quatro horas de gravação cada uma. Vale esclarecer que esses encontros têm estrutura definida e em cada um são discutidos todos os pacientes internados (média de 60 casos), sendo que cada caso representa uma situação de TD. As filmagens foram preparadas pela própria pesquisadora,

a qual também efetuou registro manuscrito da posição dos participantes, entrada e saída de profissionais, eventos que interferiam ou interrompiam o andamento da reunião (tais como telefonemas) e comentários dirigidos à observadora. Encerrada essa etapa, desenvolveram-se as entrevistas individuais, gravadas em áudio, visando explorar o processo de TD e a percepção do trabalho realizado em equipe. Por último, aqueles profissionais que participaram das filmagens foram convidados para uma entrevista em grupo com a pesquisadora, no intuito de clarificar três parâmetros relevantes: a) elaboração pessoal sobre a entrevista individual, b) percepção de cada um sobre o objeto “equipe de saúde” e c) percepção grupal sobre a equipe de saúde e o trabalho desenvolvido.

#### Análise dos dados

As informações resultantes das três etapas foram submetidas à análise quantitativa-descritiva e à análise qualitativa. O material filmado foi transcrito integralmente. Algumas verbalizações tiveram sua inteligibilidade comprometida por ruídos na gravação e foram excluídas. Uma análise preliminar evidenciou a ocorrência de um padrão, o qual já havia sido identificado em estudos anteriores da pesquisadora. Optou-se, então, pela seleção de uma reunião por programa, escolhendo-se em função da qualidade do material registrado. Como critério para unidade de análise, identificou-se cada expressão verbal emitida pelo profissional, antes da fala de outro profissional, independente da quantidade de informação transmitida. Para categorização, foi considerado o significado relativo das falas, levando-se em conta a verbalização antecedente e conseqüente, ou seja, o contexto. Conversas paralelas não foram codificadas uma vez que seu conteúdo não pode ser capturado pelas filmagens. A codificação foi executada pela pesquisadora e por uma psicóloga com experiência de atuação na área de reabilitação. O coeficiente de fidedignidade entre as observadoras foi de 96%. Após categorização das verbalizações, os dados foram submetidos à análise estatística através do SPSS.

Ao final, foram elaborados três sistemas complementares de análise. O Sistema 1 caracteriza a temática das verbalizações com ênfase no conteúdo, foco da comunicação e natureza das verbalizações. As categorias de conteúdo e da natureza das verbalizações são descritivas. O foco da comunicação abrange uma conotação avaliativa, considerando-se a especificidade do trabalho desenvolvido em reabilitação. O Sistema 2 permite a classificação das estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais. Relaciona-se aos mecanismos subjacentes ao processo de interação, avaliando as verbalizações no que se refere a uma intenção associada. O Sistema 3 contempla o caso (e não as verbalizações isoladas), avaliando o processo de TD e considerando se houve ou não mudança no planejamento do atendimento

As gravações em áudio das entrevistas individual e grupal também foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo

(Bardin, 1977). As perguntas do roteiro de entrevista individual foram agrupadas e analisadas dentro de categorias específicas, selecionando-se as categorias diretamente relacionadas ao trabalho em equipe, como por exemplo: definição e função da equipe, vantagens e desvantagens do trabalho em equipe, autonomia do profissional e TD. As entrevistas de grupo foram analisadas em sua totalidade, seguindo-se procedimentos similares.

### Resultados e Discussão

#### Sistema 1: Temática das Verbalizações

No que diz respeito ao conteúdo, verificou-se maior frequência da categoria parecer técnico (56,1%), seguida de planejamento (26,1%) nos dois programas. No entanto, constataram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) entre ambos em relação a: avaliação dos progressos ou resultados, planejamento, interrupção e questões administrativas (ver Figura 1).

Em relação ao conteúdo das verbalizações por categoria profissional, observa-se que, com exceção do planeja-

mento, há diferença estatisticamente significativa. As altas frequências de identificação do paciente associadas à categoria médica no PLCA e ao terapeuta funcional no PLMA se justificam, pois, no PLCA, o médico é o profissional responsável pela apresentação dos casos, o que inclui a identificação dos pacientes. O mesmo se aplica ao PLMA, onde o terapeuta funcional desempenha essa função. As interrupções evidenciadas no PLMA estão associadas ao enfermeiro, enquanto no PLCA ao médico. O fato de o médico ser responsável pelo repasse dos casos contribui para que direcione a equipe na focalização da discussão. Contudo, o enfermeiro, líder do PLMA, assume a tarefa de coordenação da reunião, fazendo uso da interrupção como estratégia de controle da reunião, mesmo que o terapeuta funcional seja o responsável pelo repasse. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa quanto ao foco da comunicação:  $p=0,914$  (ver Figura 2).

O fato de “foco ampliado” corresponder ao maior número de verbalizações sugere uma prática assistencial global, em consonância com o modelo de atenção integral em saúde. Nos dois programas, a existência de verbalizações com

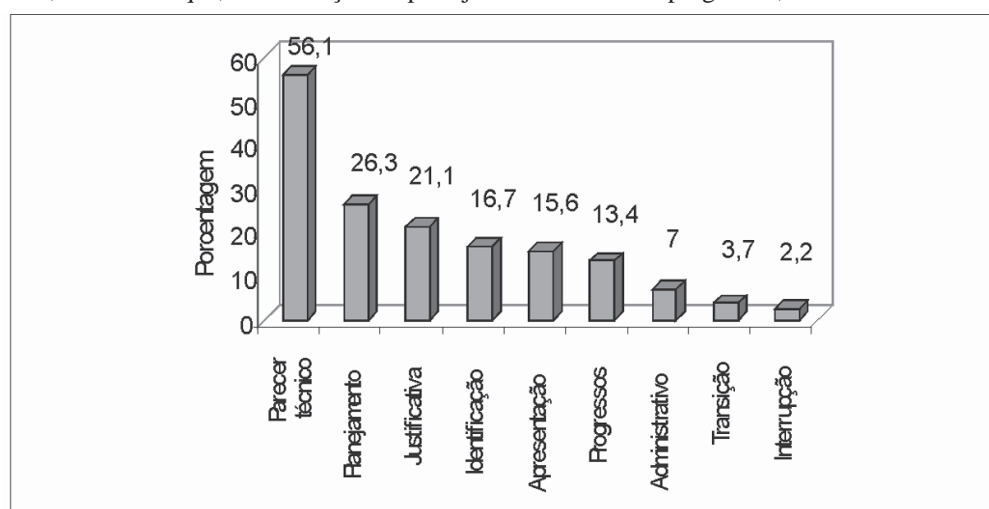


Figura 1. Frequências das Verbalizações PLCA e PLMA

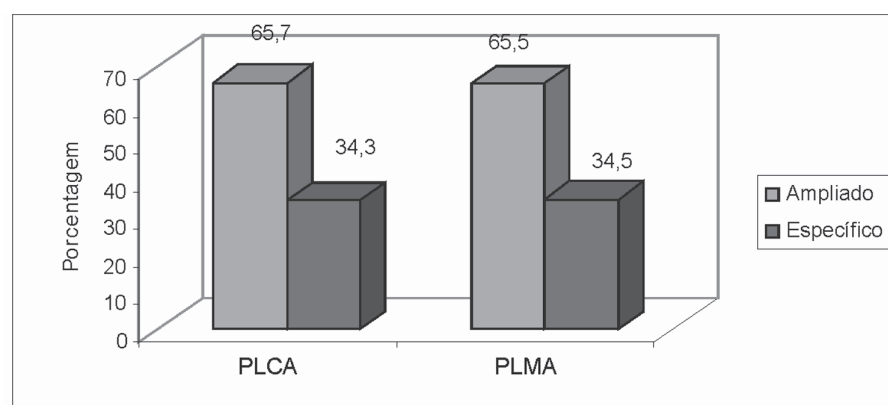


Figura 2. Foco da Comunicação PLCA e PLMA

“foco específico” e “foco ampliado”, apresentadas pelo terapeuta funcional, evidencia que esta categoria, embora associada com uma demanda bem característica em reabilitação (aspecto motor), considera as particularidades do paciente em sua atuação. O mesmo se observa com o médico no PLCA e o enfermeiro no PLMA. De modo geral, no que se refere à natureza das verbalizações em ambos os programas, verifica-se maior frequência relacionada a “fornecer informações”. Esse fornecimento de informações (dar e solicitar informações) é um importante recurso utilizado pelos profissionais para criação de uma linguagem comum, que favorece uma visão integrada da casuística clínica abordada. No PLCA, notou-se maior frequência de verbalizações relacionadas à “propõe solução”, seguida por “fornecer informação”, “complementa” e “corroborar”. Já no PLMA, evidenciou-se maior frequência de “discorda”, “levanta problemas”, “complementa” e “corroborar”. Analisando as

diferenças entre as categorias profissionais e natureza de verbalizações, constata-se que as diferenças significativas, nos dois programas, relacionam-se a “fornecer informações” e “solicitar informações”. Também se verificou diferença estatisticamente significativa em relação à natureza das verbalizações por categoria profissional de cada programa (ver Tabela 1).

**Sistema 2: Mecanismos Subjacentes à Interação entre Profissionais**

De modo geral, o mecanismo “expande discussão” predomina em ambos os programas, o que pode estar associado à necessidade de compartilhar conhecimento para favorecer o trabalho em equipe (ver Figura 3).

Tanto no PLCA como no PLMA, enfermeiro, terapeuta funcional e médico foram as categorias que mais atribuíram responsabilidade, bem como foram aquelas que mais favo-

Tabela 1.  
Natureza x Categoria Profissional PLCA e PLMA

	Fornecer informações N = 1087		Solicitar informações N = 371		Complementar informações N = 391		Corroborar colocações N = 228		Levantar problemas N = 406		Propor soluções N = 213		Discordar N = 95	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Médico	146	13,4	49	13,2	33	8,4	22	9,6	32	7,9	15	7,0	6	6,3
Enfermeiro	204	18,8	110	29,6	74	18,9	58	25,4	101	24,9	51	23,9	17	17,9
Terapeuta Funcional	410	37,7	71	19,1	144	36,8	79	34,6	152	37,4	60	28,2	24	25,3
Psicólogo	102	9,4	37	10,0	46	11,8	19	8,3	31	7,6	25	11,7	16	16,8
Assistente social	66	6,1	59	15,9	30	7,7	20	8,8	31	7,6	31	14,6	15	15,8
Professor	124	11,4	36	9,7	55	14,1	25	11,0	45	11,1	26	12,2	14	14,7
Nutricionista	24	2,2	7	1,9	5	1,3	1	0,4	11	2,7	4	1,9	3	3,2
Fonoaudiólogo	11	1,0	2	0,5	4	1,0	4	1,8	3	0,7	1	0,5	0	0,07
P	0,000		0,000		0,009		0,181		0,023		0,146		0,024	

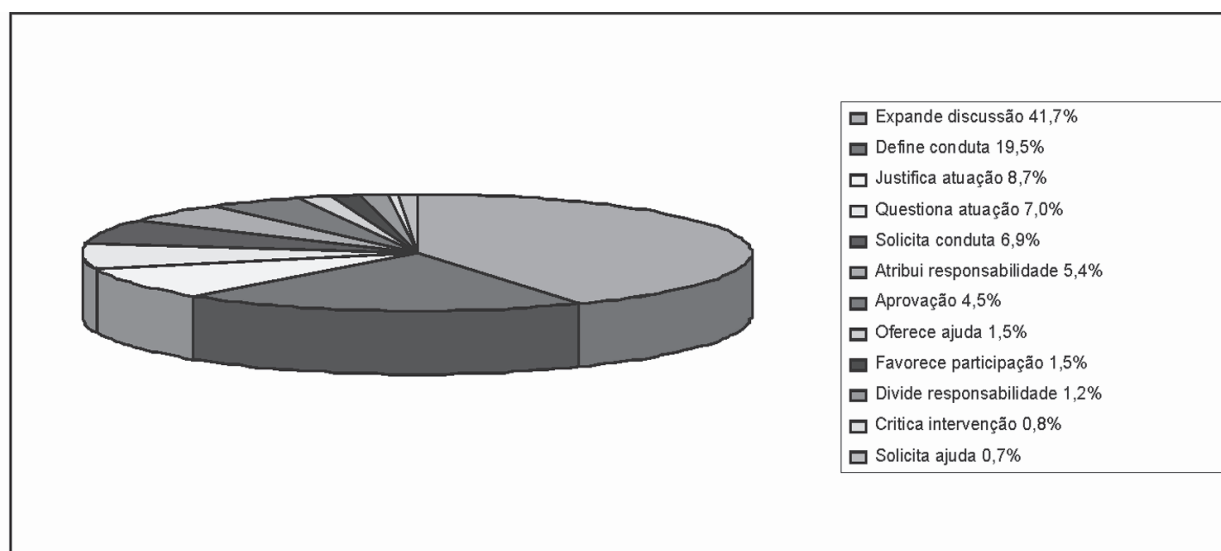


Figura 3. Frequência Mecanismos Subjacentes à Interação entre Profissionais PLCA e PLMA

receram a participação de outros membros da equipe na discussão de caso. Enfermeiro, terapeuta funcional e professor apresentaram uma maior frequência de comportamentos relacionados à “expansão da discussão”. Terapeuta funcional, médico e professor foram os que mais justificaram a própria atuação, ao passo que enfermeiro, terapeuta funcional e assistente social solicitaram mais “definição de conduta”. Cabe salientar que a utilização do mecanismo “atribui responsabilidade” pode estar relacionado à definição de papéis na equipe. Embora exista predominância de “foco ampliado” por parte de todas as categorias profissionais, médico, terapeuta funcional e enfermeiros apresentam mais frequentemente verbalizações associadas a “atribuir responsabilidades” e “favorecer/incentivar participação de outros”. A análise de cada programa em relação aos mecanismos subjacentes de interação entre profissionais mostrou que no PLCA não houve diferença estatisticamente significativa do mecanismo “avaliação”. No que se refere ao mecanismo “apoio”, médico, terapeuta funcional e enfermeiro foram os profissionais que mais favoreceram a participação. Terapeuta funcional, enfermeiro e professor foram responsáveis pela “expansão da discussão”. O médico e o terapeuta funcional foram os que mais justificaram a atuação. No PLMA, o enfermeiro foi aquele que mais atribuiu respon-

sabilidade à equipe. Não houve diferença significativa em relação aos mecanismos de apoio. O terapeuta funcional revelou-se como o profissional que mais justificou a sua atuação, seguido pelo professor.

### Sistema 3: Tomada de Decisão

No PLCA, foram apresentados 42 casos e, no PLMA, 55, totalizando 97 casos discutidos. Em relação à TD, observou-se que em 60,8% dos casos, a equipe manteve o planejamento. No PLCA, em 50% dos casos, foi mantido o planejamento e, no PLMA, em 69,1%, verificando-se diferença significativa entre os dois programas ( $p = 0,045$ ), conforme ilustra a Figura 4. Isso parece indicar que os profissionais têm clareza quanto ao cumprimento das atividades de avaliação para desenvolvimento do programa de reabilitação. Uma vez mais, a variabilidade detectada no PLCA aponta que a patologia influencia o processo de TD. Tanto no PLCA, como no PLMA, as TD's foram centradas majoritariamente no paciente (ver Figura 5).

### Cruzamento dos Sistemas

Procedeu-se à análise das associações entre os componentes de um mesmo sistema e dos outros dois sistemas observacionais. Foram realizadas análises estatísticas baseadas nos testes *Qui-quadrado de Pearson* e Teste Exato de

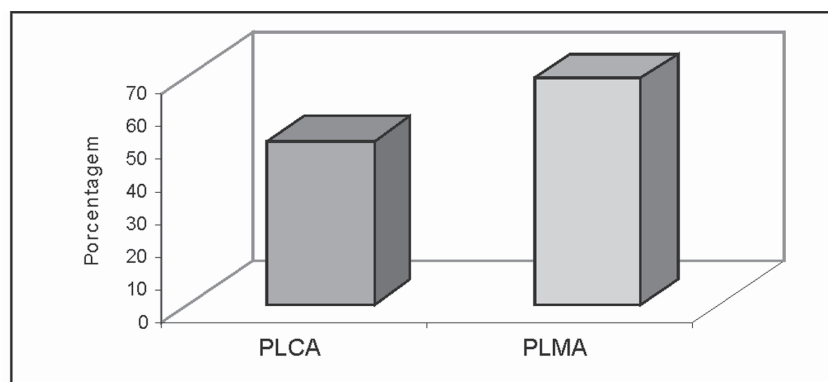


Figura 4. Manutenção do Planejamento PLCA e PLMA

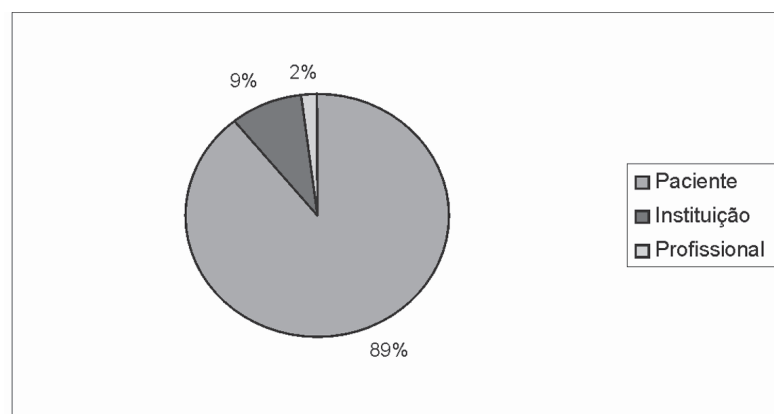


Figura 5. Condições Associadas à Tomada de Decisão PLCA e PLMA

Fisher (nível de significância de 5%) para os componentes de um mesmo sistema. A seguir, serão destacados alguns resultados de maior interesse.

a) Sistema 1 x Sistema 2

Ao se buscar a relação entre o conteúdo das verbalizações e os mecanismos subjacentes à interação entre profissionais, nota-se que o mecanismo “expande discussão” é utilizado em relação a todos os conteúdos, seguido pelo mecanismo “solicita definição de conduta”. Conforme exposto na Tabela 2, em relação ao foco da comunicação e aos mecanismos subjacentes à interação entre profissionais, três dos mecanismos estatisticamente significativos foram mais frequentes no “foco ampliado” (“aprovação” = 78,9%, “expande discussão” = 68,3% e “solicita definição de conduta” = 85,8%). O mecanismo justifica atuação foi mais freqüente no “foco específico” (50,3%). No PLCA, as

diferenças significativas constatadas entre o foco da comunicação e o mecanismos subjacentes à interação entre profissionais relacionam-se aos mecanismos “solicita definição de conduta” e “justifica atuação”. O foco esteve relacionado aos mecanismos de avaliação (“atribui responsabilidade”, “questiona atuação” e “aprovação”) e aos de operacionalização da atuação (“solicita definição de conduta” e “justifica atuação”). A relação entre “justifica atuação” e “foco específico” reforça a noção de que o profissional deve ter um embasamento teórico-prático capaz de subsidiar sua atuação. De modo geral, verifica-se que, no que se refere à natureza da comunicação, diferentes verbalizações são utilizadas para interação entre os profissionais. Mais evidentemente, os mecanismos de operacionalização da atuação (“justifica atuação”, “solicita definição de conduta” e “define conduta”) relacionam-se a “fornece”, “solicita” e “complementa informações”.

Tabela 2  
Mecanismos Subjacentes à Interação entre Profissionais PLCA e PLMA x Foco da Comunicação

Mecanismos	N	Específico		Ampliado		p
		n	%	n	%	
Critica intervenção	16	2	12,5	14	87,5	0,064
Atribui responsabilidade	114	34	29,8	80	70,2	0,290
Questiona atuação	148	40	27,0	108	73,0	0,051
Aprovação	95	20	21,1	75	78,9	0,005
Solicita ajuda	14	5	35,7	9	64,3	1,000
Oferece ajuda	33	10	30,3	23	69,7	0,619
Favorece/incentiva participação	33	9	27,3	24	72,7	0,386
Expande discussão	887	281	31,7	606	68,3	0,028
Divide responsabilidade	24	8	33,3	16	66,7	0,914
Justifica atuação	181	91	50,3	90	49,7	0,000
Solicita definição de conduta	148	21	14,2	127	85,8	0,000
Define conduta	414	145	35,0	269	65,0	0,757

Tabela 3  
Conteúdo das Verbalizações x Tomada de Decisão PLCA e PLMA

Conteúdo	Tomada de decisão				p
	Manutenção do planejamento		Mudança do planejamento		
	N = 1121		N = 1008		
	n	%	n	%	
Identificação do paciente	187	52,5	169	47,5	0,958
Parecer técnico	623	52,2	571	47,8	0,601
Apresentação da intervenção	185	55,7	147	44,3	0,223
Avaliação dos progressos	163	57,2	122	42,8	0,099
Planejamento	238	42,5	322	57,5	0,000
Justificativa das condições	228	50,8	221	49,2	0,371
Transição	52	66,7	26	33,3	0,012
Interrupção	30	65,2	16	34,8	0,084
Questões administrativas	68	45,3	82	54,7	0,063

*b) Sistema 1 x Sistema 3*

No que tange à associação do conteúdo das verbalizações e TD verificou-se que, nos dois programas, somente “planejamento” e “transição” foram estatisticamente significativos. O planejamento foi mais freqüente (57,5%) na TD relacionada à mudança da programação inicialmente definida (ver Tabela 3). No PLCA, não se identificou associação estatisticamente significativa entre o conteúdo das verbalizações e a TD. No PLMA, o conteúdo das verbalizações apresentou associação com a TD, sendo que a avaliação dos progressos/resultados levou à manutenção do planejamento. Em relação ao foco da comunicação e à TD, o “foco específico” foi mais freqüente na manutenção do planejamento e o “foco ampliado” foi mais freqüente na mudança do planejamento. Pode-se verificar que a TD nos dois programas relaciona-se à natureza “propõe solução”, resultando em “mudanças do planejamento”. No PLCA, a TD relaciona-se às seguintes categorias relacionadas à natureza das verbalizações: “fornece informações”, “complementa informações”, “propõe solução” e “discorda”. É interessante notar que “complementa informações” e “propõe solução” relacionam-se à “mudança do planejamento”. “Discorda/contrapõe” foi mais freqüente na tentativa de “manutenção do planejamento”. Como no PLCA, no PLMA a TD relaciona-se a “fornece informações”, “complementa informações”, “levanta problemas” e “propõe solução”. Contudo, em PLMA, a maioria das categorias de “natureza de verbalizações” associadas à TD buscam a “manutenção do planejamento”.

*c) Sistema 2 x Sistema 3*

Os mecanismos “crítica intervenção”, “questiona atuação”, “aprova”, “favorece/incentiva participação”, “solicita definição de conduta” e “define conduta” são identificados como estatisticamente significativos (ver Tabela 4). Quando analisados separadamente, há diferença na associação dos mecanismos subjacentes à interação entre profissionais com a TD em cada

programa. No PLCA, os mecanismos foram relacionados à “mudança do planejamento”. No PLMA, “solicita definição de conduta” está relacionado à “mudança” e “define conduta” à “manutenção do planejamento”. Levando-se em conta as associações existentes entre os diferentes sistemas, é possível considerar que o padrão evidenciado para as equipes, quando consideradas em conjunto, é o mesmo nos resultados obtidos pelas análises feitas a partir de cada programa. Ou seja, particularidades relacionadas aos programas foram evidenciadas nas associações: conteúdo x foco, conteúdo x natureza, foco x mecanismo, conteúdo x TD, foco x TD, natureza x TD e mecanismos x TD. Apenas as associações natureza x foco e conteúdo x mecanismos foram as mesmas nos três contextos (geral, PLCA, PLMA).

*Percepção Individual*

As entrevistas individuais com os profissionais não indicaram diferenças significativas entre os programas. Ao que tudo indica, a aplicação dos conhecimentos a uma prática específica é o que diferencia as equipes. O mesmo se verifica quando se analisam os dados gerados pela metodologia observacional. Evidenciou-se, tanto em PLCA quanto em PLMA, que: a) a equipe foi definida como sendo composta por profissionais que atuam em um mesmo programa e que têm objetivos comuns focalizados no paciente; b) com relação às funções da equipe, destacaram-se variáveis relacionadas ao atendimento integral do paciente e à qualidade dos cuidados prestados; c) o apoio interprofissional é avaliado como um fator que facilita o trabalho em equipe, ao passo que características pessoais, aspectos interacionistas e estruturação do programa são percebidos como fatores que dificultam-no; e, d) a maioria dos profissionais define uma boa TD como aquela que considera o bem-estar do paciente e contempla a opinião de diferentes membros do grupo. A ênfase nos aspectos interacionistas parece refletir a importância atribuída a esses aspectos para o desenvolvi-

Tabela 4

*Mecanismos Subjacentes à Interação entre Profissionais x Tomada de Decisão PLCA e PLMA*

Mecanismos	Tomada de decisão				p
	Manutenção do planejamento N = 1122		Mudança do planejamento N = 1009		
	n	%	n	%	
Critica intervenção	14	77,8	4	22,2	0,032
Atribui responsabilidade	62	53,9	53	46,1	0,777
Questiona atuação	67	44,7	83	55,3	0,042
Aprovação	37	38,9	58	61,1	0,006
Solicita ajuda	8	53,3	7	46,7	0,958
Oferece ajuda	16	48,5	17	51,5	0,629
Favorece/incentiva participação	10	30,3	23	69,7	0,010
Expande discussão	476	53,7	411	46,3	0,452
Divide responsabilidade	10	40,0	15	60,0	0,203
Justifica atuação	97	52,4	88	47,6	0,950
Solicita definição de conduta	48	32,4	100	67,6	0,000
Define conduta	177	42,5	239	57,5	0,000



mento do trabalho em equipe, o que corrobora uma vez mais a literatura especializada (Bensing, 1991; Ducanis & Golin, 1979; Hadlow & Pitts, 1991; Hastie, 2001).

#### Percepção Grupal

Participaram dessa etapa, 17 profissionais do PLCA (um assistente social, dois enfermeiros, uma fonoaudióloga, três médicos, quatro professores, um psicólogo e cinco terapeutas funcionais) e 15 do PLMA (um assistente social, dois enfermeiros, três médicos, dois professores, dois psicólogos e cinco terapeutas funcionais). No PLCA, os conteúdos discutidos permitiram a identificação das seguintes categorias: caracterização do trabalho em equipe; facilidades; dificuldades; repercussões; reflexão sobre o papel do médico; e, perfil do profissional para atuar em equipe. No PLMA, as categorias selecionadas foram: caracterização do trabalho em equipe; facilidades; dificuldades e reflexão sobre o papel do médico. As facilidades relacionadas ao trabalho em equipe dizem respeito a dividir responsabilidades e oferecer atendimentos complementares. Em relação às dificuldades, no PLCA, observa-se a descrição de questões mais específicas relacionadas à interação entre profissionais e no PLMA, sobressaem-se questões de treinamento para trabalho em grupo. A necessidade de compartilhar decisões e a equivalência entre as diferentes categorias profissionais – estabelecida pelo modelo filosófico da instituição – revela a transição de uma perspectiva assistencial calcada no modelo biomédico para uma abordagem construída a partir das premissas do modelo biopsicossocial. O uso de uma linguagem comum é mencionado pelos profissionais dos dois programas. Em síntese, foi possível reconhecer que, mesmo não tendo sido identificadas diferenças significativas nas entrevistas individuais, quando em grupo, seja na reunião, seja na entrevista, existe uma caracterização específica de cada equipe.

#### Considerações Finais

O processo de TD na situação estruturada de reunião foi caracterizado como centrado no paciente, havendo predominância de “foco ampliado nas discussões” e maior número de verbalizações “fornece” e “solicita informações”. O mecanismo “expande discussão” foi o mais utilizado pelos profissionais em suas interações. Estes dados apontam para uma prática assistencial exercida em consonância com o modelo biopsicossocial, já que a troca de informações possibilita ao profissional uma visão global do seu paciente. Do mesmo modo, os resultados encontrados evidenciam a existência de um trabalho realizado em equipe. Também é possível afirmar que: a) quando comparados, os programas revelam especificidades, independentemente de pertencerem ao mesmo domínio geral de reabilitação; b) há predomínio de repasse de informações técnicas sobre cada caso; c) variáveis relacionadas ao paciente, tais como sexo, idade, escolaridade,

apoio familiar, expectativa, tempo de lesão e prognóstico são consideradas no processo de TD; d) as repercussões emocionais suscitadas na equipe aparecem associadas a essas características do paciente; e) uma TD em equipe é considerada “boa”, pelos profissionais, quando contempla a participação de todos os membros; f) a percepção do apoio interprofissional é avaliada como um fator facilitador; g) padrões de comunicação influenciam a TD; h) a estruturação de atividades de cada programa estabelece pontos de referência para a TD, caracterizando um módulo de decisão fundamental, pré-selecionado, que é adaptado às características de cada paciente; e, i) características pessoais dos agentes implicados, aspectos da interação e a forte estruturação de atividades do programa são mencionados como fatores que dificultam o trabalho em equipe. A análise das entrevistas individuais permitiu verificar que variáveis como composição do grupo, padrões de comunicação e interação entre os profissionais, desde a admissão do paciente, favorecem o desenvolvimento do trabalho grupal.

Sugere-se que os sistemas observacionais desenvolvidos para análise dos dados da investigação sejam utilizados como um instrumento de treinamento em reabilitação. Isso porque se presume que o conhecimento por parte dos profissionais sobre os componentes do processo decisório auxilia na seleção de orientações a serem transmitidas ao paciente que viabilizem a ampliação da sua participação. Uma vez que a TD fundamenta-se no acesso a protocolos de pesquisa, em habilidades analíticas e no tempo para avaliar evidências e estimar resultados clínicos, o treinamento específico nessa tarefa deve ser priorizado pelos serviços (Chapman & Sonnenberg, 2000; Cooley, 1994; Eddy, 1990).

Recomenda-se que futuros estudos avaliem tais sistemas em outros programas de reabilitação na mesma instituição. Além disso, a opção por realizar estudos longitudinais com equipes semelhantes pode esclarecer mais sobre os diferentes processos cognitivos vinculados. Tal proposta pode inclusive clarificar quanto às representações profissionais, ao processamento das informações e às estratégias empregadas durante a TD (Chapman & Sonnenberg, 2000).

Em suma, o desafio de empreender um estudo multimetodológico revelou-se produtivo, pois se ampliou a compreensão dos fenômenos aqui focalizados por meio da comparação de dados gerados pelas filmagens, complementados pela observação direta, com aqueles obtidos com entrevistas individuais e grupais. Foi possível, portanto, confrontar o que os profissionais pensam e afirmam que fazem com as suas efetivas ações. Ainda mais, os três sistemas construídos fornecem subsídios para o aprimoramento da metodologia observacional aplicada ao estudo de grupos naturais de trabalho em saúde.

#### Referências

- Bakheit, A. M. O. (1996). Effective teamwork in rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 19, 301-306.

- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Bensing, J. M. (1991). Doctor-patient communication and the quality of care. *Social Science and Medicine*, 32(11), 1301-1310.
- Campos da Paz, A. (2002). *Tratando doentes e não doenças*. Brasília: Editora Sarah Letras.
- Chapman, G. B., & Sonnenberg, F. A. (2000). *Decision making in health care: Theory, psychology and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cook, G., Gerrish, K., & Clarke, C. (2001). Decision making in teams: Issues arising from two UK evaluations. *Journal of Interprofessional Care*, 15(2), 141-151.
- Cooley, E. (1994). Training an interdisciplinary team in communication and decision-making skills. *Small Group Research*, 25, 5-25.
- Costa Neto, S. B., & Araujo, T. C. C. F. (2001). *Tomada de decisão em equipe de saúde: Estudo de grupo natural de tratamento a irradiados por fonte ionizante*. Retirado em 28/11/2002 do World Wide Web: <http://www.nemeton.com.br>.
- Drimmer, D. P. (1998). In the absence of family support. *Topics on Stroke Rehabilitation*, 5(1), 66-70.
- Duncan, A. J., & Golin, A. K. (1979). *The interdisciplinary health care team*. London: Aspen System Corporation.
- Duncan, P. W., Horner, R. D., Reker, D. M., Samsa, G. P., Hoenig, H., Hamilton, B., LaClair, B. J., & Dudley, T. (2002). Adherence to postacute rehabilitation guidelines is associated with functional recovery in stroke. *Stroke*, 33, 167-178.
- Eddy, D. M. (1990). Clinical decision making: from theory to practice: Anatomy of a decision. *Journal of American Medical Association*, 263(3), 441-443.
- Grant, C. H., Cissna, K. N., & Rosenfeld, L. B. (2000). Patient's perceptions of physicians communication and outcomes of the accrual to trial process. *Health Communication*, 12(1), 23-39.
- Hadlow, J., & Pitts, M. (1991). The understanding of common health terms by doctors, nurses and patients. *Social Science and Medicine*, 32(2), 193-196.
- Hall, J. A., Milburn, M. A., Roter, D. L., & Daltroy, L. H. (1998). Why are sicker patients less satisfied with their medical care? Tests of two explanatory models. *Health Psychology*, 17(1), 70-75.
- Hammel, K. W. (1995). *Spinal cord injury rehabilitation*. London: Chapman & Hall.
- Hastie, R. (2001). Problems for judgment and decision making. *Annual Review of Psychology*, 52, 653-683.
- Laidler, P. (1994). *Stroke rehabilitation: Structure and strategy*. London: Chapman & Hall.
- Lammers, J. C., & Geist, P. (1997). The transformation of caring in the light and shadow of managed care. *Health Communication*, 9(1), 45-60.
- McLellan, D. L. (1991). Rehabilitation. *British Medical Journal*, 303(6798), 355-357.
- McNeilis, K. S. (2001). Analysing communication competence in medical consultations. *Health Communication*, 13(1), 5-18.
- Meily, A. V., Post, M., Meijier, A. M., Port, I., Maas, C., & Lindeman, E. (2005). When a parent has a stroke. Clinical course and prediction of mood, behavior problems, and health status of their young children. *Stroke*, 36(11), 2436-2440.
- Miller, S. J., Hickson, D. J., & Wilson, D. C. (1996). Decision making in organizations. In S. R. Clegg, E. Hardy & W. R. Nord (Eds.), *Handbook of organizational studies* (pp. 293-311). London: Sage.
- Neder, M. (1991). O psicólogo no hospital. *Revista de Psicologia Hospitalar*, 1(1), 6-15.
- Pereira, M. E. M. S. M., & Araujo, T. C. C. F. (2005). Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 63(2-B), 502-507.
- Reilly, C. (2001). Transdisciplinary approach: An atypical strategy for improving outcomes in rehabilitative and long-term acute care settings. *Rehabilitation Nursing*, 26, 216-220.
- Strasser, D. C., Falconer, J. A., & Martino-Saltzman, D. (1994). The rehabilitation team: Staff perceptions of the hospital environment, the interdisciplinary team environment, and interprofessional relations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 75(2), 177-182.
- Trexler, L. E., & Fordyce, D. J. (2000). Psychological perspectives on rehabilitation: Contemporary assessment and intervention strategies. In R. L. Braddom (Ed.), *Physical Medicine and Rehabilitation* (pp. 75-92). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Unsworth, C. (1996). Team decision-making in rehabilitation: a commentary. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 75(6), 483-486.
- Yagura, H., Miyai, I., Suzuki, T., & Yanagihara, T. (2005). Patients with severe stroke benefit most by interdisciplinary rehabilitation team approach. *Cerebrovascular Diseases*, 20, 258-263.
- Yarkony, G. M. (1994). *Spinal cord injury: Medical management and rehabilitation*. Gaithersburg: Aspen Publication.

Received 21/07/2006  
Accepted 23 /12/2006