

Tomada de decisão em equipe de reabilitação: questões específicas relativas à assistência e à pesquisa¹

Decision making in rehabilitation team: specific issues related to assistance and research

Elizabeth Queiroz²

Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo³

RESUMO

Em saúde, o processo de tomada de decisão é um elemento crucial, seja no plano assistencial individualizado, seja no plano das políticas nacionais. A qualidade do cuidado em saúde e seu custo pessoal e social são determinados tanto pela decisão do usuário em buscar atendimento quanto pelas propostas institucionais de como tratar e empregar os recursos humanos e financeiros. De fato, as ações de saúde resultam da avaliação e escolha entre múltiplas possibilidades sobre “o que fazer” e “como fazer”. Assim, em razão da relevância do tema, o presente trabalho focaliza a tomada de decisão em saúde, destacando questões associadas à assistência e à pesquisa. Visando ampliar a compreensão sobre fatores vinculados ao processo decisório do trabalho em equipe, especificamente em reabilitação, também apresentam-se estudos empíricos realizados no contexto nacional.

Palavras-chave: tomada de decisão; reabilitação; trabalho de equipe; assistência; pesquisa.

¹ Pesquisa realizada durante o Doutorado da primeira autora sob a orientação da segunda autora.

² Professora Adjunta da Universidade de Brasília (UnB).

³ Professora Associada e Coordenadora do Laboratório de Saúde e Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia (UnB), Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq.

ABSTRACT

The process of decision-making is a crucial point in health, related to the individual assistance as well to the national policies. The quality of care and its personal and social costs are determined by consumer's decision of looking for assistance and by the institutional perspectives in treatment and human and financial resources. In fact, actions in the health field result from evaluation and choice of possibilities associated with "what to do" and "how to do". Because of the importance of the theme, the study address the process of decision making in health, taking into account clinical and research issues. Trying to amplify the comprehension about factors associated to decision-making in health teams, especially in rehabilitation, studies from the national scenario are discussed.

Keywords: decision-making; rehabilitation; teamwork; assistance; research.

INTRODUÇÃO

Em saúde, o processo de tomada de decisão é um elemento crucial, seja no plano assistencial individualizado, seja no plano das políticas nacionais. Decidir buscar atendimento, como tratar e empregar os recursos humanos e financeiros, determina a qualidade do cuidado e seu custo pessoal e social. De fato, as ações de saúde resultam da avaliação e escolha entre múltiplas possibilidades sobre "o que fazer" e "como fazer", as quais devem manter um mínimo de articulação entre si. Caso contrário, se uma proposta de conduta inadequada for selecionada, não importa a competência com que seja efetuada, a qualidade do cuidado estará comprometida. Da mesma forma, se uma proposta for adequada, mas sua execução falhar, a qualidade do cuidado também será inviabilizada. Mas, na prática clínica, o que se costuma observar é que a necessidade de assegurar a execução dos procedimentos é amplamente defendida por profissionais e gestores, ao passo que pouca atenção é dada à avaliação do processo de decisão (Eddy, 1990).

Contudo, para muitos estudiosos, esse terreno é ideal para o estudo da tomada de decisão, pois impõe desafios interessantes para a análise do processo e o desenvolvimento teórico sobre o assunto. Isto porque, em saúde, as decisões geralmente envolvem um certo número de possibilidades diagnósticas e terapêuticas, que desencadeiam respostas incertas e se fundamentam em uma extensa gama de critérios avaliativos das opções selecionadas.

Por exemplo, decidir entre a qualidade de vida e a duração da vida exige a consideração de parâmetros decisórios bastante singulares (Chapman & Sonnenberg, 2000; Hastie, 2001; Shewchuk & Francis, 1988).

Além disso, a evolução do modelo paradigmático de saúde de um pólo eminentemente biomédico em direção a um pólo bio-psico-social requer novas técnicas de decisão clínica. Então, à medida que os pacientes tornam-se mais informados e ativos, suas preferências passam a ser melhor incorporadas no processo decisório, que por sua vez torna-se mais adequado e satisfatório (Bennett & Irwin, 1997). É importante também reconhecer que o processo é prejudicado, quando há uma percepção distorcida dos resultados, ou dos valores a eles atribuídos, por parte dos usuários. Tal distorção pode ocorrer de diferentes maneiras: ganhos significativos são ignorados, resultados irrelevantes podem ser superestimados ou mal interpretados, experiências pessoais podem ter um peso desproporcional no julgamento do paciente (Eddy, 1990).

Assim, em função da relevância do tema, o presente trabalho aborda questões específicas do processo de tomada de decisão em saúde. Para tanto, destacam-se aspectos científicos e assistenciais no contexto da reabilitação e apresentam-se alguns estudos empíricos realizados no âmbito nacional.

TOMADA DE DECISÃO EM SAÚDE

Na última década, grupos de pesquisa têm revelado crescente interesse pela tomada de decisão na área médica. Reuniões para discussão de casos e visitas à enfermagem são atividades rotineiras que envolvem grupos clínicos, cujas decisões raramente são o resultado de um simples processo democrático, pois costumam ser estruturadas por complexos *scripts* de como se deve proceder (Christensen & Abbott, 2000; Roelofsen, Lankhorst & Bouter, 2001).

Cabe ressaltar que a literatura especializada vem discutindo se as decisões produzidas em grupo são superiores às aquelas produzidas individualmente, ou seja, o quanto se deve investir em grupos como uma forma de viabilizar decisões importantes (Costa Neto & Araujo, 2001). Entretanto, é importante lembrar que comparar os desempenhos grupal e individual pode ser inapropriado quando se trata de equipes de saúde, já que no ambiente

hospitalar, a maioria das decisões emerge da necessidade de combinar os conhecimentos de diferentes profissionais em torno de um objetivo comum (Christensen & Abbott, 2000).

Segundo Doise e Moscovici (1984), o interesse pelo estudo dos processos decisórios grupais se justifica por razões de natureza:

- prática: as decisões em grupo tendem a ser enganosas e inapropriadas. Frequentemente, almeja-se um consenso, em detrimento das contribuições individuais, o que conduz ao desinteresse pelos encontros e reuniões e a progressiva substituição do trabalho de grupo pela decisão de um só membro, normalmente de um nível hierárquico superior.

- teórica: sabe-se que os grupos não tomam decisões da mesma maneira que os indivíduos. Em contrapartida à coesão grupal, seus membros mostram-se menos abertos às influências externas, assim como, tendem a ser menos críticos em relação às suas próprias escolhas.

Mas, é importante esclarecer que a tomada de decisão em equipe se dá tanto no plano individual quanto no coletivo, o que a torna um processo complexo e problemático, em decorrência da diversidade de informações que deve ser processada e negociada para identificar os possíveis cursos de ação nos diferentes níveis. Ou seja, a maneira como os profissionais tomam decisões e a maneira como o grupo afeta as decisões de seus membros são relevantes para entender o impacto do trabalho em equipe nas decisões voltadas para os cuidados do paciente e para a conduta da própria equipe (Cook, Gerrish & Clarke, 2001).

De acordo com Ogden (1996), é possível considerar processos de decisão clínica como um modo especializado de resolução de problema, que se subdivide em alguns estágios básicos: a) acessar informações sobre os sintomas do paciente, formando uma representação interna do problema apresentado; b) desenvolver hipóteses; c) procurar evidências para a confirmação ou refutação da hipótese; d) tomar a decisão.

Em outras palavras, uma decisão relativa a uma intervenção em saúde fundamenta-se inicialmente na coleta e análise de toda evidência existente sobre os benefícios, prejuízos e custos de cada opção. Para tanto, existe uma variedade de fontes, incluindo a experiência prévia do profissional em situação clínica similar, a opinião de “*experts*”, estatísticas locais ou nacionais e dados publicados na literatura. Mas, até mesmo evidências de natureza técnico-científica nunca são completas e este primeiro passo envolve algum julgamento subjetivo. As estimativas resultantes dessa análise serão a base para o segundo passo, caracterizado por três tipos de avaliação:

a) os benefícios de um procedimento devem ser comparados com os seus prejuízos (tais como riscos, efeitos colaterais, inconveniência e ansiedade);

b) as respostas de saúde devem ser comparadas com os custos empregados; e

c) se os recursos são limitados e não é possível fazer tudo, a quantidade de benefício obtido e os recursos consumidos em um procedimento devem ser comparados com os de outros procedimentos a fim de priorizar práticas que tenham um retorno maior. Explícita ou implicitamente, correta ou incorretamente, cada um destes passos é percorrido cada vez que uma decisão é tomada seja por um profissional ou por uma equipe, seja direcionada para um único usuário ou para um grupo de pacientes (Chapman & Sonnenberg, 2000; Eddy, 1990; Schewchuk & Francis, 1988).

Basicamente, os modelos teóricos sobre tomada de decisão podem ser classificados como:

- prescritivos: visam prover guias de conduta decisória para os grupos, elaboradas a partir de avaliações prévias;

- descritivos: descrevem o modo pelos quais os grupos efetivamente tomam decisões. Muitos dos trabalhos realizados até hoje acabam por combinar ambos os modelos (Costa Neto & Araujo, 2001).

Do ponto vista investigativo, a literatura especializada aponta que uma abordagem suficientemente abrangente da tomada de decisão clínica deve buscar (Hamm, Scheid, Smith & Tape, 2000):

a) análise teórica da decisão: como a informação pode ser melhor usada para subsidiar diagnósticos e prognósticos mais acurados? Que opção de decisão tem a maior utilidade esperada? Qual opção emprega recursos mais eficazes e eficientes se aplicados universalmente?;

b) análise empírica da prática profissional: que decisões estão sendo efetivamente tomadas por indivíduos ou instituições?;

c) análise psicológica de quem decide: como o conhecimento é representado, a informação processada e o pensamento motivado? Quais estratégias são adotadas para tomar decisões?

Já do ponto de vista prático, um exame das pesquisas divulgadas revela algumas iniciativas de aprimoramento da tomada de decisão clínica, as quais sugerem: elaborar

modelos de análise, aplicar guias de decisão, treinar profissionais no raciocínio teórico da decisão, disponibilizar informações relevantes de modo mais acessível e usar programas informatizados para apoiar a tomada de decisão (Queiroz, 2003).

No Brasil, uma investigação sobre a tomada de decisão em um grupo natural de trabalho em saúde evidenciou que há uma organização em estágios:

a) preparação: diz respeito ao movimento intra-instituição para organizar um contexto de tomada de decisão em grupo. Pode ser de dois tipos: reunião técnica geral ou interconsultas;

b) exposição: momento em que um indivíduo, em seu nome ou em nome do grupo, identifica os elementos a serem considerados na tomada de decisão;

c) reação: momento em que os indivíduos passam a explicitar as concordâncias e/ou discordâncias de todo ou de parte das proposições ou dos elementos constituintes apresentados na fase de exposição;

d) conclusão: as transformações sofridas na fase de reação chegam a sua fase de resolução, em que alguns elementos tornam-se mais estáveis e o exercício de papéis se intensifica;

e) revisão: esta fase nem sempre está presente. Refere-se ao fato de um indivíduo (ou subgrupos) voltar à fase de reação, rerepresentando opiniões ou apresentando novas opiniões para confirmar a pertinência do desfecho anterior ou para mudar o seu curso;

f) devolução: trata-se da prestação de informações ao sujeito interessado sobre a conduta a ser seguida a partir da escolha realizada (Costa Neto & Araujo, 2001).

Apesar de ter sido focada em uma instituição que presta assistência às pessoas atingidas pelo acidente radioativo com o Césio-137, gerando resultados relevantes para a compreensão de equipes formadas em situação de catástrofe e emergência, essa pesquisa produziu dados sobre o processo decisório generalizáveis para outras equipes assistenciais.

QUESTÕES ESPECÍFICAS SOBRE A TOMADA DE DECISÃO NO CONTEXTO DA REABILITAÇÃO

Quatro conceitos básicos fundamentam a visão atual de reabilitação: a) intervenção centrada no cliente; b) ênfase no processo (interação, negociação, comunicação, educação e

troca de informações); c) intervenção calcada em auto-cuidado, produtividade e socialização; d) participação do paciente (Pereira & Araujo, 2006).

De fato, uma das funções primárias das equipes de reabilitação é tomar decisões relacionadas aos cuidados dos pacientes. Estas decisões incluem por exemplo: as diversas modalidades terapêuticas organizadas em diferentes programas, a intensidade e duração dos tratamentos, a definição de quando determinado fármaco é apropriado, quando uma terapia deve ser interrompida, a previsão de alta e que tipos de serviços de acompanhamento devem ser oferecidos, além da delimitação do tipo de critério de evolução a ser considerado (Unsworth, 1996).

O desencadeamento de disfunções no trabalho em equipe freqüentemente reflete uma conjunção de vários fatores tais como: a composição e o tamanho do grupo, a localização e a magnitude do viés individual, o padrão normativo ideal e a natureza do processo grupal. Mais precisamente em relação às características grupais, destacam-se as características de seus membros, uma vez que estes podem diferir na quantidade e no tipo de treinamento que receberam, assim como em características demográficas, tais como gênero e histórico sociocultural. Além disso, o *status* de cada integrante, definido como o valor ou prestígio dentro do grupo, conforme percebido pelo próprio profissional e pelos outros, não pode ser ignorado, uma vez que o *status* pode gerar diferenças na troca de informações. Por exemplo: membros com menor *status* em uma equipe, podem comunicar menos informações durante as discussões do que membros com maior *status* e conseqüentemente, terão menos influência nas decisões da equipe. Em função disso, o papel dos líderes é essencial uma vez que eles podem desempenhar um papel de facilitador do grupo encorajando a todos que compartilhem informações e opiniões, além de reiterar informações e opiniões (Christensen & Abbott, 2000).

Estudos Empíricos

Visando ampliar a compreensão sobre fatores vinculados ao processo decisório do trabalho em equipe, especificamente em reabilitação, realizaram-se estudos empíricos no contexto nacional (Queiroz, 2003):

1) *Percepção Interprofissional*: elemento primordial na tomada de decisão em equipe multiprofissional, esse fator foi investigado junto a 14 profissionais lotados em duas

equipes distintas de reabilitação (infantil e ortopédica). Para tanto, aplicou-se a Escala de Percepção Interprofissional (EPI) de Ducanis e Golin (1979), instrumento que prevê uma avaliação em três níveis: a percepção sobre a própria categoria profissional do respondente (uma perspectiva), a percepção de cada um sobre as outras categorias (uma meta-perspectiva) e a percepção do profissional examinado quanto à percepção dos demais em relação à sua percepção (meta-meta-perspectiva). Dentre os resultados obtidos, destacam-se dificuldades na comunicação intra-equipe (repasso de informações, condução de opiniões divergentes e seguimento de decisões). A EPI foi considerada de difícil compreensão pelos participantes, o que pode refletir tanto limitações do próprio instrumento, quanto das relações interprofissionais, tendo em vista a dificuldade em discriminar os diferentes níveis de percepção.

2) *Interação Grupal*: realizaram-se registros audiovisuais de cinco reuniões semanais de discussão de caso de duas equipes de reabilitação. A análise das interações verbais possibilitou a elaboração de um sistema de análise organizado em dois eixos principais: conteúdo e interação. Todavia, o modelo analítico produzido não contemplou os aspectos dinâmicos da interação.

3) *Percepção Grupal sobre o Trabalho em Equipe*: reuniram-se dois grupos de acordo com as particularidades de cada serviço: 17 profissionais de um programa destinado a pessoas com lesão cerebral e 15 profissionais de um programa voltado para lesados medulares. Cada grupo foi entrevistado separadamente. O material obtido foi submetido à análise de conteúdo, produzindo um sistema com as seguintes categorias: caracterização do trabalho em equipe, facilidades, dificuldades, repercussões, reflexões sobre o papel do médico e perfil profissional para o trabalho em equipe. O uso de uma linguagem comum à equipe foi mencionado pelos profissionais de ambos os programas como um aspecto facilitador da integração e que propicia a constituição da equipe.

4) *Abordagem Multimetodológica do Trabalho em Equipe de Reabilitação*: profissionais de duas equipes de reabilitação participaram de uma pesquisa envolvendo registro em vídeo

das reuniões clínicas, entrevistas individuais e grupais (Queiroz & Araujo, no prelo). Aproximadamente 80% dos participantes definiram uma boa tomada de decisão em equipe como aquela que contempla o bem-estar do paciente, todos os integrantes da equipe são consultados e suas opiniões consideradas. Três sistemas de categorias foram elaborados para a análise do comportamento grupal observado. O Sistema 1 reportou-se à temática das verbalizações: conteúdo, foco e natureza das comunicações. O Sistema 2 referiu-se aos mecanismos subjacentes à interação: avaliação, apoio e operacionalização da atuação. E o Sistema 3 reuniu verbalizações associadas à conduta clínica, com ênfase na decisão. Em linhas gerais, o processo decisório na situação estruturada de discussão de caso foi caracterizado como centrado no paciente. Foram identificados padrões de comunicação estabelecidos entre os membros da equipe que influenciam a tomada de decisão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do ponto de vista bioético, é imprescindível considerar os princípios e as diretrizes que regem a prática em saúde. Isso significa ponderar as decisões e os conflitos que a permeiam. Existem várias bases teóricas para uma tomada de decisão ética, as quais podem oferecer ao profissional uma estrutura para entender a situação e tomar suas decisões. Para a teoria deontológica, uma decisão pode ser moralmente certa ou obrigatória quando baseada em regras que passam então a constituir a base da decisão (nessa ótica, uma regra é boa, independentemente de seu resultado). Na teoria teleológica, as regras são consideradas boas em função do resultado e, dessa forma, os fins justificam os meios. Já para a teoria utilitária, o cerne é a “satisfação geral” das pessoas implicadas na decisão, prevalecendo o bem universal da decisão (Brilhart, 1995; Cohen, Asch & Ubel, 2000).

No campo da saúde, decisões éticas necessitam do cumprimento de alguns passos: perceber o problema; listar alternativas possíveis; considerar quem está envolvido, o que está envolvido e quais são as condições; considerar as conseqüências das alternativas a curto e longo prazo; rever os valores e princípios éticos relacionados à situação; notar se as alternativas selecionadas são consistentes com valores e princípios éticos. Caso o sejam, a decisão é considerada válida. Senão, o dilema deve ser considerado e a decisão revista (Wright, 1989).

Em suma, o planejamento de uma tomada de decisão em saúde não é nada simples, e tampouco sua implementação, a qual exige ainda mais esforços. Certamente, a participação, ativa, responsável e integrada, dos diversos atores do processo decisório é essencial para o alcance das metas de bem-estar e qualidade de vida de pacientes, familiares, profissionais, grupos institucionais e comunidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bennett, K. C., & Irwin, H. (1997). Shifting the emphasis to “patient as central”: sea change or wrinkle on the pond? *Health Communication*, 9(1), 83-93.
- Brilhart, B. (1995). Ethics in rehabilitation nursing. *Rehabilitation Nursing*, 20(1), 44-47.
- Chapman, G. B., & Sonnenberg, F. A. (Orgs.) (2000). *Decision making in health care: Theory, psychology and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Christensen, C., & Abbott, A. S. (2000). Team medical decision making. In G. B. Chapman & F. A. Sonnenberg (Orgs.), *Decision making in health care: Theory, psychology and applications* (pp.267-285). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cohen, J., Asch, D., & Ubel, P. (2000). Team medical decision making. In G. B. Chapman & F. A. Sonnenberg (Orgs.), *Decision making in health care: Theory, psychology and applications* (pp.267-285).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.
- 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 04/01/2007 do World Wide Web: [http:// www.nemeton.com.br](http://www.nemeton.com.br).
- Doise, W., & Moscovici, S. (1984). *Les décisions en groupe*. In S. Moscovici (Org.). *Psychologie Sociale*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Ducanis, A. J. & Golin, A. K. (1979). *The interdisciplinary health care team*. London: Aspen System Corporation.

- Eddy, D. M. (1990). Clinical decision making: from theory to practice. Anatomy of a decision. *Journal of American Medical Association*, 263 (3), 441- 443.
- Hamm, R. M. Scheid, D. C., Smith, W. R., & Tape, T. G. (2000). Opportunities for applying psychological theory to improve medical decision making: Two case histories. In G. B. Chapman & F. A. Sonnenberg (Orgs.). *Decision making in health care: Theory, psychology and applications* (pp. 386-421). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hastie, R. (2001). Problems for judgment and decision making. *Annual Review of Psychology*, 52, 653-683.
- Ogden, J. (1996). *Health Psychology: a textbook*. Buckingham: Open University Press.
- Pereira, M. E. M. S. M., & Araujo, T. C. C. F. (2006). Enfrentamento e reabilitação de portadores de lesão medular e seus cuidadores. *Psico*, 37, 37-45.
- Queiroz, E. (2003). *Trabalho em equipe no contexto hospitalar: Uma investigação sobre os aspectos comunicacionais envolvidos na tomada de decisão clínica em instituição de reabilitação*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Queiroz, E., & Araujo, T. C. C. F. (no prelo). Trabalho em equipe: Um estudo multimetodológico em instituição hospitalar de reabilitação. *Revista Interamericana de Psicologia*.
- Roelofsen, E. E., Lankhorst, G. J., & Bouter, L. M. (2001). Translation and adaptation of a questionnaire to assess the group processes of rehabilitation team conferences. *Clinical Rehabilitation*, 15, 148-155.
- Shewchuk, R. M., & Francis, K. T. (1988). Principles of clinical decision making: An introduction to decision analysis. *Physical Therapy*, 68(3), 357-359.
- Unsworth, C. (1996). Team decision-making in rehabilitation: A commentary. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 75(6), 483-486.
- Wright, B. (1989). Extension of Heider`s ideas to rehabilitation psychology. *American Psychologist*, 44(3), 525-528.