

Paidéia (Ribeirão Preto)



Todo o conteúdo deste periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons. Fonte:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2009000200006&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 25 jan. 2021.

REFERÊNCIA

QUEIROZ, Elizabeth; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. **Paidéia** (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 19, n. 43, p. 177-187, maio/ago. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2009000200006>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2009000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2021.

Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde¹

Elizabeth Queiroz²
Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo
Universidade de Brasília, Brasília-DF, Brasil

Resumo: A fim de atingir as metas da atenção integral à saúde, argumenta-se a favor da atuação em equipe multiprofissional. Visando ampliar a compreensão sobre essa modalidade assistencial, este artigo tem como objetivo identificar e comparar a percepção individual e grupal dos profissionais de dois serviços de reabilitação de um mesmo hospital sobre o trabalho em equipe. Para tanto, foram feitas entrevistas individuais e grupais com profissionais de um serviço especializado no atendimento ao lesado medular e de outro serviço especializado no atendimento ao lesado cerebral. Os principais resultados obtidos abrangeram: concepção de equipe; identificação de fatores facilitadores e perturbadores do trabalho grupal; avaliação do processo de tomada de decisão; autonomia profissional; semelhanças e diferenças entre as equipes. Sugere-se que futuras investigações adotem o procedimento de entrevista grupal em estudos relativos ao funcionamento de equipes de saúde.

Palavras-chave: abordagem de tratamento interdisciplinar, serviços de saúde, reabilitação.

Teamwork in rehabilitation: a study about individual and group perceptions of health workers

Abstract: A multi-professional team intervention model has been advocated in order to achieve the goal of integral assistance. To better understand this intervention model, this study aimed to identify and compare individual and group perceptions of professionals of two rehabilitation services about teamwork. Individual and group interviews were carried out with professionals from the Spinal Cord Injury and Brain Injury specialized services at the same hospital. The main results comprised: team conceptualization; identification of positive and negative mediating factors in teamwork; assessment of the decision making process; professional autonomy; and similarities and differences between the two teams. We suggest that future studies focusing on the functioning of health teams adopt the group interview procedure.

Keywords: interdisciplinary treatment approach, health care services, rehabilitation.

Trabajo de equipo en rehabilitación: un estudio sobre la percepción individual y grupal de los profesionales de salud

Resumen: Con el objetivo de alcanzar las metas de la atención integral, se discute la actuación del equipo multiprofesional. Tratando de ampliar la comprensión de esta modalidad de atención, se desarrolló una investigación cuyo objetivo es identificar y comparar la percepción individual y grupal de profesionales de dos diferentes servicios de rehabilitación de un mismo hospital sobre el trabajo en equipo. Con esta finalidad, se realizaron entrevistas individuales y en grupo con los profesionales de un servicio especializado en la atención a pacientes con lesión en la médula espinal y también con profesionales de otro servicio especializado en la atención a pacientes con lesión cerebral. Los principales resultados obtenidos fueron: concepción de equipo; identificación de factores facilitadores y perturbadores del trabajo grupal; evaluación del proceso de toma de decisiones; autonomía profesional; semejanzas y diferencias entre los equipos. Se sugiere que futuras investigaciones adopten el procedimiento de entrevista grupal en estudios relativos al funcionamiento de equipos de salud.

Palabras clave: abordaje de tratamiento multidisciplinario, servicios de salud, rehabilitación.

Em saúde, a transição paradigmática do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial impõe uma revisão do papel tradicionalmente atribuído e efetivamente exercido pelos seus profissionais. Ou seja, exigem-se mudanças importantes no modo de conceber e organizar o trabalho neste campo específico da atividade humana. Assim, em reação às nefastas consequências da forte especialização e do crescente parcelamento das intervenções, argumenta-se em favor do trabalho

em equipe, no intuito de assegurar uma atenção integral que desenvolva a autonomia e a qualidade de vida do paciente.

Atualmente, muitos programas de saúde pautam-se por essa perspectiva socialmente articulada dos cuidados. Entretanto, ainda são necessários mais conhecimentos sobre os processos subjacentes ao trabalho em equipe de saúde, tendo em vista seus limites e frequentes dificuldades (Lessard, Morin, & Sylvain, 2008; Queiroz & Araujo, 2007; Quintana, Kegler, Santos, & Lima, 2006). Em linhas gerais, uma equipe se distingue de outros grupos pela sua composição, funções e tarefas. Formada por duas ou mais pessoas, sendo que pelo menos um dos seus membros deve ser um profissional, a equipe necessita de um líder identificado. Na maior parte das vezes, pressupõe encontros regulares com comunicação direta e imediata, embora o conceito não exclua grupos que

1 Este texto foi revisado seguindo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009.

2 Endereço para correspondência:

Profa. Dra. Elizabeth Queiroz. Universidade de Brasília. Instituto de Psicologia. Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento. Campus Universitário Darcy Ribeiro. CEP 70.910-900. Brasília-DF, Brasil. E-mail: bethqueiroz@unb.br

raramente ou nunca se encontram, pois as trocas se fazem por intermédio de relatórios e registros. Seu funcionamento se dá no âmbito de uma estrutura organizacional, na qual os papéis de cada um são definidos. A equipe é centrada no paciente e orientada na tarefa (Costa Neto & Araujo, 2001; Ducanis & Golin, 1979).

Em relação às condições propícias ao trabalho em equipe, diferentes autores concordam que estas incluem: conhecimento do modelo filosófico da instituição; familiarização com as possibilidades de contribuição de cada categoria profissional e reconhecimento do entrelaçamento dos campos de atuação; estabelecimento claro dos objetivos e prioridades da equipe; definição de métodos; delimitação de tempo para alcance dos objetivos; manutenção de uma contínua comunicação; senso de cooperação e colaboração. Dentre as condições desfavoráveis, destacam-se: desconhecimento das demais profissões; excesso de importância à própria atuação; formação não dirigida para o trabalho em equipe; falta de experiência em trabalho grupal; competitividade; falta de confiança e respeito mútuos; liderança inadequada; excessiva rigidez e comunicação deficiente (Ducanis & Golin, 1979; Parsell, Gibbs, & Bligh, 1998).

Também é importante ressaltar que nas instituições dedicadas ao atendimento de pessoas, os profissionais geralmente vivem um paradoxo: por um lado, recompensa-se o conhecimento individual, por outro, a própria natureza do trabalho reparte a responsabilidade entre grupos profissionais e demanda cooperação (Teram, 1991).

Interessado pelo trabalho em equipe, Prigatano (1999) delinea algumas de suas vantagens e desvantagens. De fato, diferentes fontes de informação sobre o paciente resultam numa visão mais abrangente, mas, em contrapartida, podem adicionar dados secundários, interrompendo prioridades. O autor lembra que pode existir repetição de esforços ou omissão de cuidados, além de corporativismos que comprometem o aprendizado mútuo. Ademais, a expectativa de que, em grupo, a carga de trabalho é dividida, muitas vezes esbarra na constatação de um aumento decorrente das tarefas suplementares relacionadas à atividade grupal. O autor também alerta para os prejuízos envolvidos nos conflitos de liderança.

Existem várias configurações do trabalho em equipe: pluridisciplinar, multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar, dentre outras. Porém, considerando a complexidade epistemológica e metodológica deste tema, no presente artigo, será focalizada a equipe multiprofissional – de vocação interdisciplinar – institucionalizada no campo da reabilitação (Lessard e cols., 2008; Queiroz & Araujo, 2006, 2007).

É essencial acrescentar que com o aumento dos recursos tecnológicos, cada vez mais pessoas têm sobrevivido a doenças e traumas físicos, ampliando-se, conseqüentemente, a atuação profissional em reabilitação. Assim, nas últimas décadas, grande ênfase tem sido dada ao impacto causado por uma deficiência ao bem-estar global do indivíduo. Mas, ao invés de se focar danos e prejuízos desencadeados por patologias, busca-se identificar e promover os recursos do

paciente para sua reinserção social. Desta maneira, a existência de serviços especializados constitui elo importante entre as necessidades individuais e a adaptação a um determinado sistema social. Por essa razão, o trabalho em equipe representa uma possibilidade de favorecer o processo de reabilitação, tal como concebido desde 1980 (Straub, 2005).

Efetividade do trabalho em equipe

Conquanto o trabalho em equipe seja um conceito central no processo de reabilitação, uma crítica comum é que sua efetividade ainda não foi conclusivamente estabelecida (Bakheit, 1996; Lemieux-Charles & McGuire, 2006; Schofield & Amodeo, 1999). Ainda não está claro que componentes do trabalho em equipe melhoram a resposta funcional dos pacientes, mas este tem sido considerado o modelo de escolha para atuação em reabilitação (Bakheit, 1996). Contudo, pesquisa realizada com 113 profissionais de três unidades de reabilitação mostrou que embora todos os respondentes apoiassem o trabalho em equipe, quase metade ressentia-se da interferência dos outros membros da equipe em seu domínio profissional, identificada como fator limitante do uso de suas habilidades (Strasser, Falconer, & Martino-Saltzman, 1994).

Para Schofield e Amodeo (1999), as pesquisas devem considerar o tamanho e a composição das equipes, bem como as disciplinas nelas representadas, o tipo de liderança (individual ou grupal, voluntária ou indicada, estável ou rotativa, autoritária ou não autoritária), o escopo do trabalho (consulta, intervenção, tomada de decisão), os padrões de comunicação e interação (frequência, intensidade e tipo), o contato entre paciente e equipe (frequência, intensidade e natureza) e a etapa do tratamento em que a equipe é envolvida (se desde a admissão à alta, se somente em uma fase, ou apenas quando o caso não está progredindo).

Hackman (1987) afirma que a efetividade da equipe será uma função do nível de esforço coletivo empreendido pelos membros para produzir os resultados da tarefa, da quantidade de conhecimentos e habilidades que esses trazem para desenvolvê-la e do grau de adequação das estratégias de desempenho por eles escolhidas para tal.

Dentre as muitas estratégias adotadas pelas equipes para efetivar seu trabalho, salientam-se as reuniões de equipe para discussão de caso, nas quais se formaliza a comunicação grupal em complemento às interações informais ou por meio de outras modalidades. De modo geral, três condições caracterizam tais encontros entre profissionais: (a) apresentação organizada do material e uso adequado do tempo; (b) interação entre os membros de forma a haver um entendimento mútuo dos objetivos e decisões do grupo; (c) envolvimento de seus membros em esforços construtivos para solução de problemas (Cooley, 1994). Todavia, nem sempre a equipe é competente em trazer para discussão as informações pertinentes ao processo de tomada de decisão. A tendência para discutir e repetir mais a informação compartilhada do que

aquela específica de cada categoria é destacada pela literatura especializada como uso precário dos recursos da equipe (Christensen & Abbott, 2000).

Tomada de decisão em equipe

Segundo Chapman e Sonnenberg (2000), a teoria de decisão oferece uma estrutura para apreciação e aprimoramento de vários elementos, tais como: julgamentos prováveis, fontes de dados, prática baseada na evidência, avaliação utilitária, avaliação econômica e manejo da informação probabilística. A análise de decisão fornece uma síntese quantitativa em termos de probabilidade e importância, sendo que a padronização de respostas propicia uma base unificada para comparação dos resultados de uma análise com outra, mesmo quando avaliam diferentes problemas de saúde. Estes autores fazem notar que mesmo em setores em que as pesquisas terapêuticas estão bem estabelecidas, as características dos cuidados, os pacientes e as populações podem diferir suficientemente das condições experimentais de modo que a decisão correta pode não ser clara. Além disso, poucas intervenções em saúde são aplicadas isoladamente, geralmente, são combinadas em sequências que nunca foram avaliadas em condições experimentais, mas que a literatura especializada apresenta como modelos sistematizados de tomada de decisão, elaborados para nortear condutas clínicas.

Hamm, Scheid, Smith e Tape (2000) esclarecem que a análise da tomada de decisão clínica inclui três abordagens: (a) análise teórica da decisão: como a informação pode ser melhor usada para diagnóstico e prognóstico acurados? Que opção de decisão tem a maior utilidade esperada? Que opção usaria recursos de custos mais efetivos se aplicados universalmente?; (b) análise empírica da prática profissional: que decisões estão sendo realmente tomadas por indivíduos ou instituições?; (c) análise psicológica de quem decide: como o conhecimento é representado, a informação processada e o pensamento motivado? Que estratégias são usadas para tomar decisões?

A tomada de decisão no contexto do trabalho em equipe ocorre tanto no nível individual quanto coletivo, constituindo um processo complexo, em razão da diversidade de informações que devem ser processadas e negociadas para identificar possíveis cursos de ação e decidir qual ação deve ser tomada em uma situação específica. Assim, a maneira como as pessoas tomam decisões e a maneira com que o grupo afeta as decisões de seus membros são relevantes para entender o impacto potencial do trabalho em equipe nas decisões focalizadas no paciente e na equipe (Cook, Gerrish, & Clarke, 2001; Costa Neto & Araujo, 2001).

Em reabilitação, o processo de tomada de decisão envolve vários passos: obtenção de dados iniciais, determinação da natureza e gravidade dos problemas, predição de risco, estabelecimento dos objetivos da intervenção, desenvolvimento do programa e seleção de ações específicas, especificação do melhor programa indicado e monitoramento, avaliação de resultados e alta, reintegração à comunidade,

reavaliação e identificação da necessidade de nova intervenção com reinício do processo decisório ou final do programa de reabilitação (Gowland & Basmajian, 1996).

De acordo com Christensen e Abbott (2000), a ocorrência de erros na situação de trabalho de equipe depende da junção de vários fatores, incluindo: o tamanho do grupo, a magnitude do viés individual, a localização do viés, a definição do viés, o padrão normativo ideal e a natureza do processo de grupo. Em relação às características do grupo, as autoras destacam as características de seus membros, uma vez que eles 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 membro, definido como o valor ou prestígio dentro do grupo, conforme percebido pela própria pessoa e pelos outros, não pode ser ignorado, uma vez que pode gerar diferenças na troca de informações. 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 do grupo.

A participação do paciente e de seus cuidadores no processo decisório em reabilitação tem sido analisada e discutida em muitos estudos sobre a constituição e funcionamento de equipes empenhadas na atenção integral (Araujo, 2007; Bernardes, Maior, Spezia, & Araujo, 2009; Martins & Araujo, 2008; Pereira & Araujo, 2006). Todavia, em razão do escopo fixado para a presente pesquisa, este tópico não será tratado.

Em síntese, considerando a relevância científica e assistencial da problemática anteriormente circunstanciada, desenvolveu-se uma pesquisa sobre a percepção de diversas categorias profissionais sobre o trabalho em equipe no contexto de reabilitação, estipulando-se como objetivos específicos: (a) identificar as percepções individuais entre os profissionais de dois serviços de reabilitação em um mesmo hospital sobre o trabalho de equipe; (b) identificar a percepção grupal junto aos profissionais dos mesmos serviços; (c) comparar os dois níveis de percepção em cada serviço.

Método

Participantes

Integraram esta investigação, 41 profissionais de dois programas de um hospital de reabilitação, especificamente do Programa do Lesado Cerebral Adulto (PLCA) e do Lesado Medular Adulto (PLMA). Utilizou-se como critério para definir a amostra o fato dos dois programas estarem voltados para o atendimento ao paciente adulto grande incapacitado e apresentarem em comum uma organização de atividades estruturadas (visitas médicas, reuniões para discussão de caso, admissão em equipe) que possibilitam maior integração dos profissionais. Outro critério utilizado foi a participação do profissional em reunião de discussão de casos, previamente definida como situação observacional para conhecimento da dinâmica de funcionamento de cada equipe.

Em atendimento às recomendações da Resolução 196/96, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Rede Sarah de Hospitais, instituição onde a coleta de dados foi realizada, assim como os procedimentos éticos previstos foram seguidos.

A seguir, descreve-se a constituição da equipe de cada programa do hospital.

O Programa do Lesado Cerebral Adulto atende pacientes com sequelas de lesão cerebral. A consecução dos objetivos do tratamento envolve a atuação de todos os membros da equipe e pode ser planejado em esquema de internação, acompanhamento ambulatorial ou em regime de hospital-dia. A equipe do programa no momento da coleta de dados 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.

Já o Programa do Lesado Medular atende pacientes com lesão medular traumática e não traumática. A equipe do programa no momento da coleta de dados era composta por três médicos clínicos, 23 enfermeiros, sete auxiliares de enfermagem, uma nutricionista, nove terapeutas funcionais, uma professora hospitalar, dois professores de educação física, uma professora de artes, uma professora de nível médio, duas psicólogas e uma assistente social.

Instrumentos

Na presente pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos: (a) roteiro de entrevista individual que incluía os seguintes temas: dados de identificação, experiência institucional, conceito/função de equipe, organização do trabalho em equipe, tomada de decisão em equipe, as reuniões de equipe, perfil/formação profissional, repercussão individual do trabalho; (b) roteiro de entrevista grupal com as questões: o que é uma equipe para vocês?; quais são as vantagens e desvantagens do trabalho em equipe?; quais as consequências do trabalho em equipe para a conduta terapêutica?; é possível fazer este trabalho sem ser em equipe?; o que pode ser feito para melhorar o trabalho em equipe?

Procedimentos

As entrevistas individuais foram conduzidas em uma das salas de reunião da instituição em dia e horário adequados a cada um dos participantes. Antes de seu início, apresentava-se o roteiro para o profissional, explicitando-se que não havia resposta certa ou errada e caso o participante não quisesse responder alguma pergunta, poderia fazê-lo.

As entrevistas em grupo foram realizadas no horário da

reunião administrativa de cada programa, em suas respectivas salas de reunião. Todos os relatos foram transcritos e submetidos à técnica de análise de conteúdo temática.

Análise de dados

As perguntas do roteiro de entrevista individual foram agrupadas e analisadas dentro de categorias específicas, sendo que foram selecionadas para análise as categorias diretamente relacionadas ao trabalho em equipe, tais como, definição e função da equipe, vantagens e desvantagens do trabalho em equipe, autonomia do profissional e tomada de decisão. As entrevistas de grupo foram analisadas em sua totalidade.

Levando-se em conta que um dos objetivos desta pesquisa foi comparar os dois níveis de percepção e particularidades de cada serviço, os dados serão apresentados em relação ao grupo como um todo (PLCA + PLMA) e, de forma mais específica, em relação a cada um dos programas quando esta diferenciação mostrar-se relevante.

Resultados e Discussão

Percepção individual sobre o trabalho em equipe de reabilitação

O tempo empregado para a realização de cada entrevista individual variou de 15 minutos a 1 hora e 10 minutos. Dez categorias foram extraídas dos relatos e são descritas a seguir.

Definição de equipe

Para os profissionais entrevistados, a definição de equipe inclui os membros que a compõem, características do trabalho e da interação e os resultados alcançados (Tabela 1).

Tal representação de equipe é consonante com a proposta por Ducanis e Golin (1979) que contempla três componentes: composição, funções e tarefa. Vale ressaltar que na definição de equipe as características do trabalho tiveram uma maior frequência do que sua composição reforçando a noção explorada por Cooley (1994) de que o agrupamento de profissionais não necessariamente assegura que eles funcionarão efetivamente como uma equipe ou tomarão decisões apropriadas. Embora o paciente e sua família devam ser considerados parte da equipe (Ducanis & Golin, 1979), somente um entrevistado ressaltou tal condição. Além da baixa frequência, chama a atenção o fato da resposta ter surgido entre profissionais do PLCA, serviço em que os déficits cognitivos enfrentados pelos pacientes muitas vezes comprometem sua participação. A dificuldade na definição de equipe foi mencionada por dois profissionais ao tentarem transmitir a ideia de que o conceito se autodefinia, enfatizando a importância desse trabalho: “Equipe o nome já diz. É uma equipe”; “Uma equipe é fundamental. Se não houvesse esta equipe eu acho que não funcionaria”.

Funções da equipe

As funções atribuídas à equipe relacionam-se ao atendimento integral do paciente e à qualidade do cuidado, fato que pode ser associado a características da instituição no tange às patologias atendidas e aos princípios filosóficos daquela organização (Tabela 2).

Tabela 1
Definição de equipe apresentada pelos profissionais do PLCA e PLMA nas entrevistas individuais

	Frequência		
	PLCA + PLMA	PLCA	PLMA
Composição da equipe			
Sem especificação dos membros	17	11	6
Referência a categorias profissionais, com formação específica	22	11	11
Inclusão do paciente e família	1	1	–
Total	40	23	17
Características do trabalho			
Objetivos comuns	33	18	15
Foco no paciente	14	8	6
Troca de informações	2	2	–
Linguagem comum	2	–	2
Total	51	28	23
Características da interação			
Integração	5	4	1
Coordenação	1	1	–
Colaboração	2	1	1
Harmonia	1	1	–
Respeito	1	1	–
Total	10	8	2
Referência ao resultado	4	1	3
Total	4	1	3

Tabela 2
Funções da equipe apresentadas pelos profissionais do PLCA e PLMA nas entrevistas individuais

Categorias	Frequência		
	PLCA + PLMA	PLCA	PLMA
Atendimento integral ao paciente			
Fornecer atendimento às necessidades específicas de cada paciente visando sua reabilitação e consequente independência. Inclui avaliação, definição de objetivos de tratamento, consideração das demandas/expectativas do paciente e promoção de bem-estar e melhor qualidade de vida.	36	19	17
Qualidade do cuidado			
Inclui a prestação de serviços caracterizada pelas seguintes características: cordialidade, responsabilidade, harmonia, conhecimento técnico e integração dos membros da equipe.	5	4	1

Atributos associados ao termo equipe

As palavras evocadas pelos profissionais, ao serem indagados sobre as cinco primeiras palavras que associavam ao termo equipe, evidenciaram tanto atributos relacionados a questões pessoais quanto a características do trabalho. Em seguida, estes dados foram agrupados nas seguintes categorias: características da interação, características pessoais, interação, características do trabalho, conhecimento, resultados do trabalho e composição da equipe (Tabela 3).

Tabela 3
Atributos associados ao termo equipe pelos profissionais do PLCA e PLMA nas entrevistas individuais

Categorias	Frequência		
	PLCA + PLMA	PLCA	PLMA
Catacterísticas da interação			
Relaciona-se a sentimentos ou posturas decorrentes da interação estabelecida no trabalho desenvolvido em equipe. Inclui também palavras que evidenciam	60	27	34
Características pessoais			
Relaciona-se a sentimentos ou posturas individuais que contribuem com o desenvolvimento do trabalho em equipe.	33	20	13
Interação			
Evidencia a relação estabelecida entre os diferentes membros da equipe.	28	16	12
Características do trabalho			
Especifica condições relacionadas ao desenvolvimento do trabalho em equipe.	27	15	12
Conhecimento			
Inclui capacitação técnica e habilidades pessoais associadas ao trabalho em equipe.	10	6	4
Resultados do trabalho			
Descreve benefícios do trabalho em equipe relacionados ao paciente e ao profissional.	8	6	2
Composição da equipe			
Inclui a noção de que pessoas, sob a coordenação de um líder formam uma equipe.	4	–	3

A ênfase nos aspectos de interação parece refletir a importância desses para o desenvolvimento do trabalho em equipe. Cabe comentar que diferentes autores concordam que eles estão relacionados às condições necessárias para o bom funcionamento do trabalho em equipe e incluem a definição dos papéis de cada membro, ou seja, o conhecimento da atuação de cada profissional, bem como as possibilidades de contribuição de cada área (Ducanis & Golin, 1979).

Facilidades

Para os profissionais envolvidos com reabilitação, as facilidades do trabalho em equipe relacionam-se à qualificação

do serviço prestado (Tabela 4). A percepção de apoio inter-profissional parece gerar uma idealização do trabalho em equipe, conforme pode ser verificado em alguns relatos: “Normalmente o que eu percebo no trabalho em equipe são mais facilidades e não dificuldades. Eu acho que só identifico

vantagens no trabalho em equipe”; “Não consigo identificar um caso em que tenha sido difícil o trabalho em equipe. Não chegou a ter um caso que eu pensei que a equipe estaria atrapalhando ou dificultando a coisa, não”.

Tabela 4

Facilidades do trabalho em equipe de acordo com os profissionais do PLCA e PLMA nas entrevistas individuais

Categorias	Frequência		
	PLCA + PLMA	PLCA	PLMA
Apoio emocional e concreto			
Evidencia a importância do trabalho em equipe no sentido de compartilhar problemas, dividir responsabilidades, procurando soluções que considerem o indivíduo como um todo, buscando humanizar o atendimento prestado.	30	16	14
Sincronia entre os membros da equipe			
Evidenciada pelo fato da equipe cumprir suas funções, ter uma boa interação entre seus membros e seguir as determinações finais das reuniões.	29	12	17
Compartilhar experiências e conhecimentos			
Repasso de vivências e informações técnicas de áreas específicas da formação profissional favorecendo melhor atendimento às reais necessidades do paciente.	29	15	14

Dificuldades

As dificuldades do trabalho em equipe relacionam-se com características pessoais de seus membros, aspectos da interação e estruturação do programa. Cabe destacar que alguns destes aspectos foram trazidos pelos profissionais quando solicitados a pensar sobre a palavra equipe. Para Strasser e cols. (1994), o fato das organizações de cuidado

em saúde serem altamente diferenciadas (variedade de profissionais e formações educacionais, interesses específicos e perspectivas) pode funcionar como obstáculo à colaboração interdisciplinar. A transição para compartilhar espaço com outros profissionais é uma dificuldade experienciada por muitos e, talvez por isso, estes aspectos sejam tão enfatizados (Tabela 5).

Tabela 5

Dificuldades do trabalho em equipe de acordo com os profissionais do PLCA e PLMA nas entrevistas individuais

Categorias	Frequência		
	PLCA + PLMA	PLCA	PLMA
Postura do profissional			
Caracteriza comportamentos relacionados a questões pessoais, tais como, idade do profissional, falta de compromisso, mau humor, supervalorização da própria função e imaturidade emocional. Inclui resistência à mudança e dificuldade na identificação do papel profissional.	27	15	12
Estruturação do programa			
Condições relacionadas à organização das atividades do programa, incluindo horário, espaço físico, número de pacientes atendidos, tamanho da equipe, alteração em sua composição, falta de coordenação, falta de sistematização para repasse de informações, enfoque na questão motora e realização de muitas reuniões.	22	17	5
Aspectos comunicacionais			
Existência de dificuldades de comunicação, divergência de pontos de vista, desvalorização do trabalho do outro, falta de entrosamento.	42	30	12

Tomada de decisão

A grande maioria dos participantes (80% no PLCA e 82% no PLMA) definiu uma boa tomada de decisão em equipe como aquela que considera o bem estar do paciente e na qual todos os membros são ouvidos e podem dar sua opinião. Está associada a um resultado positivo como consequência de alguma definição ou conduta tomada. Seguem-se alguns comentários ilustrativos:

Quando a gente chega para trabalhar no hospital a gente pensa: “Ah, isso é balela”. Mas realmente

acontece, a gente pensa muito no paciente. Primeiro é avaliado o que é melhor para ele naquele momento. O que pesa mesmo é a real necessidade do paciente.

Para três profissionais, a qualificação da decisão está diretamente associada com o grau de concordância dos outros membros da equipe em relação ao proposto.

As decisões de consenso são melhores do que decisões onde há divergência. Acho que uma forma de

aférir se a decisão é correta ou incorreta é observar o resultado final do processo de reabilitação. Se o paciente sai daqui satisfeito, se sai daqui com algum ganho.

Além disso, questões institucionais foram reportadas como fatores de influência no processo de decisão: “A prioridade é o paciente, mas não dá para esquecer do tempo de internação, número de pacientes aguardando”. A constatação de Allisont, Jordan e Yeatts (1992) de que uma das características do processo de tomada de decisão é a de que ele evoca afeto, pode ser verificada no trecho reproduzido a seguir:

Acho que estas tomadas de decisões..., primeiro eu acho que é muita responsabilidade porque nós estamos lidando ali com o paciente, com um ser humano, então, às vezes, você tem aquilo de deixar a razão falando, o coração falando, é complicado. É muito difícil.

Autonomia do profissional

A autonomia do profissional frente à competência da equipe foi caracterizada pela percepção de que ele é responsável por condutas relacionadas a sua área de formação, incluindo a definição de critérios para internação e acompanhamento e o planejamento das atividades que serão desenvolvidas com o paciente. É evidente o reconhecimento de que os profissionais têm formações e conhecimentos específicos, que definem seu papel junto aos demais membros da equipe. Os participantes verbalizaram, por exemplo:

Eu acho que há determinadas particularidades que têm que ser decisões do profissional especificamente, como uma decisão médica de tratar determinada intercorrência, ou não. Ai não cabe uma discussão da equipe, mas é uma ação individual. Eu acho que todo profissional tem isso, como o terapeuta vai trabalhar determinada função ou determinado movimento. Eu acho que ele tem que ter autonomia e uma conduta técnica.

Eu acho que uma conduta assim como uma conduta de cuidado intestinal se o paciente está muito constipado, faz um óleo mineral, um fleet. A gente não precisa discutir em equipe.

Cinco profissionais (dois do PLMA e três do PLCA) acrescentaram que decisões mais imediatas ou rotineiras dos programas são tomadas sem conhecimento dos membros da equipe: “Decisões mais imediatas que você tem que dar uma resposta naquele momento não há como aguardar a equipe. O profissional tem que se posicionar”.

Embora exista consenso nos dois programas sobre a autonomia do profissional, no sentido de que todos caracterizam da mesma forma a competência individual de cada membro da equipe, ao serem confrontados com uma situação concreta de definição de alta, observam-se divergências de opiniões: “A psicologia, por exemplo, eu já vi a psicologia mesmo já em reunião sugerir alterar a alta de um paciente meu e foi acatado”, por outro lado, o participante a seguir relata que:

Eu acho que algumas categorias não têm nenhuma autonomia sobre isso. Todos podem mas eu não sei se é do mesmo peso. Como por exemplo, a permanência do paciente aqui está muito relacionada com aquisições funcionais, então eu acho que talvez para a terapia tenha um peso maior para estar justificando do que para as outras categorias.

Quando indagados sobre que tipo de decisão deve ser tomada em equipe e não individualmente, identificam-se dificuldades entre os participantes em integrar o papel específico de cada um a uma proposta de grupo.

Todas as decisões que envolvem o processo de reabilitação. Eu até estaria me contradizendo com a pergunta anterior, uma vez que a gente não fala com a equipe toda, mas eu acho que tudo que envolve ou está a respeito do paciente ou seu processo de reabilitação deve ser colocado em equipe. A equipe tem que arcar com todo o planejamento e todas as decisões.

Avaliação das reuniões

As notas para as reuniões de discussão de casos variaram de 6 a 10, sendo que a nota média nos dois programas foi 7, 8. No PLCA, a menor nota foi 6,5 e a maior 9, com média=7,73. Um dos entrevistados não quis dar nota para esta atividade. No PLMA, a menor nota foi 6 e a maior 10, com média=8,05. Além da valorização da atividade, as justificativas para as maiores notas sinalizam a falta de experiência profissional dos entrevistados com esta atividade específica e as menores notas ressaltam a necessidade de melhor operacionalização dela. São exemplos desta constatação:

Como 10, porque eu já ouvi falar de outros setores e eu sei que no meu setor a gente tem muita liberdade para falar, expor o que a gente pensa, as nossas opiniões, e isso é sempre levado em muita consideração para poder chegar a um consenso.

Eu daria 6 porque eu acho que sempre há o que melhorar. A gente pode estar buscando aprimorar esses entendimentos, essa comunicação, etc. Acho que está boa. Por outro lado, eu acho que o que poderia aprimorar é essa capacidade de estar ouvindo.

Eu acho que eu vou ter que dar 6,5. Porque eu acho que a gente podia ser mais objetivo, trabalhar de maneira mais programada, mais planejada, com dados mais concretos. Enfim, que a gente conseguisse definir o que a gente quer em menos tempo.

Todos os profissionais entrevistados consideram que a reunião de discussão de casos é importante para o processo de interação da equipe, visão integral do paciente e repasse do trabalho desenvolvido. Os adjetivos usados para qualificar a reunião foram: produtiva, fundamental, válidas, únicas, cansativas, longas. Sugestões para que a reunião de discussão de casos seja melhorada foram mencionadas: mudança no repasse das informações buscando mais sistematização dos dados, reorganização da apresentação dos casos de uma ala por vez, para diminuição do tempo e oferecimento de outras atividades aos pacientes. As críticas à atividade relacionam-se a: falta de participação de alguns profissionais na discussão de caso; número grande de pacientes para um único período; descompasso entre o tempo dedicado a cada caso e a demanda caracterizada (alguns pacientes consomem muito tempo de discussão e outros são passados rapidamente); e repetição semanal desnecessária de informações que já são de domínio da equipe.

Embora a não participação do paciente na reunião de discussão de casos seja apontada como um fator negativo, os profissionais entendem que esta não seria viável em função do número de pacientes atendidos. Mecanismos para compensar esta ausência têm sido tentados e foram citados: “A gente tenta contornar a falta de participação do paciente, conversando com o paciente, todos os membros da equipe conversando e estar seguindo uma diretriz, tentando puxar também dele alguma coisa, né?”; “Acho que tem muita coisa para melhorar no sentido de incluir mais o paciente e a família”.

Alguns profissionais consideram importante participar da discussão de casos de todos os pacientes, mesmo daqueles com os quais eles não trabalham diretamente. Esta opinião não é compartilhada por todos.

Eu sei que é interessante. Mas, muitas vezes... Muitas vezes não! Sempre, eu participo de discussões de pacientes que eu não vou trabalhar. Então, em muitos momentos se a reunião pudesse ter uma alternância em relação a esta linha de acontecimento dela você poderia aproveitar o tempo de outros profissionais também. Então eu poderia ter alguma atividade também neste horário de reunião porque eu tenho quatro horas de reunião sendo que eu não vou trabalhar com todos os pacientes.

Compatibilidade da função

A pergunta “Você acredita que a função que desenvolve é compatível com a que você deseja?” motivou respostas que evidenciaram sentimentos associados à atuação

profissional. Todos os profissionais entrevistados responderam que acreditam que a função que desempenham é compatível com a que desejam, sendo que alguns destacaram o prazer com o trabalho desenvolvido e a realização pessoal advinda desse trabalho. Uma terapeuta funcional e uma professora fizeram referência ao fato de que o trabalho na instituição possibilitou a ampliação do conhecimento adquirido na faculdade:

Eu estou muito satisfeita com a função que eu estou desempenhando hoje, que é até diferente daquilo que a gente aprende na faculdade em termos de fisioterapia, porque aqui tem muito mais a questão funcional e isso me acrescentou muito.

Eu nunca pensei que eu faria Pedagogia para trabalhar em um hospital... e nunca pensei que eu estaria em um hospital para estar trabalhando reeducação da escrita, porque a gente não tem uma coisa específica quando a gente faz Pedagogia. Você estuda muito acerca de motricidade, desenvolvimento, mas nunca estuda assim: se você tiver uma pessoa que tem lesão medular, você vai avaliar. Então, essa é uma coisa que eu aprendi aqui, estudando aqui, com as outras categorias.

A frustração por não conseguir fazer tudo o que gostaria em função da falta de tempo é destacada por profissionais tanto do PLCA quanto do PLMA: “Eu fico um pouco frustrada porque eu não consigo fazer tudo o que eu queria fazer. (...) Eu gosto do que faço e queria fazer mais, pena que não dá tempo”; “Mas às vezes eu fico frustrada porque gostaria de ter mais tempo para umas pessoas”.

Censura

Esta categoria refere-se a verbalizações que expressam preocupação em relação ao conteúdo a ser apresentado. Os profissionais incluíram comentários que expressavam apreensão com a repercussão do relatado. Embora a frequência tenha sido reduzida (três verbalizações), é interessante destacar que os comentários de censura apareceram quando os participantes abordaram as dificuldades do trabalho em equipe, evidenciando aspectos subjetivos relacionados à prática do trabalho em equipe no que diz respeito à percepção das implicações relacionadas a uma avaliação individual: “A gente tem uma particularidade e eu não sei nem se é o caso de se estar comentando aqui. Depois você tria, se for o caso”; “Eu não sei se eu vou te complicar. Acho que não”; “Você não vai me comprometer, né?”.

Percepção grupal sobre o trabalho em equipe de reabilitação

A duração da entrevista no PLCA foi de 50 minutos e no PLMA foi de 40 minutos. No PLCA, dezessete profissionais (um assistente social, dois enfermeiros, um fonoaudiólogo,

três médicos, três professores, um psicólogo e cinco terapeutas funcionais) participaram dessa etapa de coleta de dados, cinco profissionais não estiveram presentes por razões diversas. Quinze profissionais (um assistente social, dois enfermeiros, três médicos, dois professores, dois psicólogos e cinco terapeutas funcionais) participaram dessa etapa de coleta de dados no PLMA, quatro profissionais não puderam participar. Nos dois programas, os participantes demonstraram interesse. Ocorreram conversas paralelas em alguns momentos de maior discussão dos temas apresentados.

No PLCA, os conteúdos verbalizados foram categorizados da seguinte maneira:

(1) *Caracterização do trabalho em equipe*: desenvolvimento de atividades por profissionais com formações diversas, com objetivos comuns, coordenados por uma liderança de forma a garantir o atendimento global do paciente. Implica em processo dinâmico, cujas alterações têm como meta a melhoria da qualidade do serviço.

(2) *Facilidades relacionadas ao trabalho em equipe*: implica na noção de que a divisão de responsabilidades diminui o estresse pessoal e profissional na interação com paciente e família. Profissionais com formação e tempo de experiência diferentes podem contribuir de forma diversa para o desenvolvimento do trabalho em equipe.

(3) *Dificuldades associadas ao trabalho em equipe*: inclui problemas relacionados à dificuldade de integração, isolamento do profissional dentro de sua categoria de referência ou espaço físico específico, reconhecimento dos limites de sua atuação, definição do papel de cada profissional e compartilhar espaço.

(4) *Repercussões do trabalho em equipe*: inclui os resultados advindos do trabalho desenvolvido em equipe, tais como uso de uma linguagem comum, aprendizagem sobre o trabalho realizado por cada profissional e de como trabalhar em equipe, crescimento pessoal e melhora da qualidade do serviço.

(5) *Reflexão sobre o papel do médico*: noção de que o médico não é necessariamente o chefe designado da equipe, uma vez que deve compartilhar responsabilidades e espaço com outras categorias, tais como critérios e momento para a alta.

(6) *Perfil do profissional para o trabalho em equipe*: inclui a descrição de comportamentos pessoais favoráveis ao desenvolvimento do trabalho em equipe, tais como, ser flexível, respeitar o outro e saber ouvir.

No PLMA, as categorias de análise identificadas na entrevista em grupo foram:

(1) *Caracterização do trabalho em equipe*: desenvolvimento de um trabalho conjunto, com objetivos comuns, onde cada profissional reconhece o seu papel e o do outro. Implica em disponibilidade para resolver os problemas na hora em que eles surgem. Ocorre em função da população atendida e princípios filosóficos da instituição.

(2) *Facilidades relacionadas ao trabalho em equipe*: acelera o processo de reabilitação através do oferecimento de atendimentos complementares. Há divisão de

responsabilidades e uso de diferentes recursos para resolução de problemas.

(3) *Dificuldades associadas ao trabalho em equipe*: implica na noção de que o trabalho em equipe é resultado de treinamento e experiência profissional que demandam tempo. O uso de uma linguagem comum implica no conhecimento da dinâmica do setor e trabalho desenvolvido por cada um de seus membros. Enfatiza a importância da realização de *workshops* para trabalhar questões de comunicação e interação.

(4) *Reflexão sobre o papel do médico*: noção de que o médico não tem o poder decisório, mas o compartilha com as outras categorias que compõem a equipe.

Ao caracterizar o trabalho em equipe, os profissionais entrevistados evidenciaram as contribuições de diferentes formações para a assistência integral ao indivíduo, posição que converge com a tendência atual da prática em saúde.

Como facilidades relacionadas ao trabalho em equipe, os participantes reconheceram a importância da divisão de responsabilidades e da disponibilidade para atendimentos complementares. Em relação às dificuldades, no PLCA, verificou-se a descrição de questões mais específicas relacionadas à interação entre profissionais, e no PLMA, relataram-se questões relativas ao treinamento para o trabalho em equipe. Para Parsell e cols. (1998), os profissionais têm que ter uma oportunidade de aprender a trabalhar em equipe já que o entendimento de como as pessoas pensam, sentem e reagem e as partes que desempenham no trabalho, tanto como indivíduos quanto como profissionais, só pode ser alcançado por meio de discussão aberta e troca de pontos de vista, sendo que algumas técnicas podem favorecer um maior nível de colaboração no trabalho em equipe. Esta perspectiva já havia sido defendida por Barr (1997), ao delinear ações para intensificar o trabalho interdisciplinar: desenvolvimento de objetivos comuns e prioridades para guiar a ação, investimento no treinamento da equipe com tempo para o desenvolvimento de atividades, compromisso pessoal para desenvolvimento de novas habilidades, abertura para aprender com os colegas e refletir a própria prática, dentre outras.

O que se destacou nas entrevistas grupais dos dois serviços foi a reflexão sobre o papel do médico. A necessidade de compartilhar decisões e a equivalência entre as diferentes categorias profissionais, estabelecidas pelo modelo filosófico institucional, denota a transição de atendimento dentro de uma perspectiva biomédica para uma abordagem psicossocial.

O uso de uma linguagem comum à equipe foi mencionado em ambos os programas, o que é facilmente compreensível, pois fornece a todos uma ferramenta de integração. Além dos conteúdos amplos abordados nos dois programas, o PLCA discutiu também as repercussões do trabalho em equipe e o perfil do profissional envolvido. Este resultado parece sugerir que, mesmo não tendo sido identificadas diferenças significativas nas entrevistas individuais, nas situações em grupo pode-se perceber que existe uma caracterização específica de cada equipe relacionada às peculiaridades da clientela atendida.

Considerações finais

Em resumo, é possível realçar algumas constatações: a percepção do apoio interprofissional foi avaliada como um fator facilitador do processo para uma boa tomada de decisão em equipe; características pessoais, aspectos da interação e forte estruturação de atividades do programa foram mencionados como fatores perturbadores; a composição do grupo, os padrões de comunicação, a interação entre profissionais ao longo do atendimento foram percebidos como fatores facilitadores.

Embora os dados obtidos na entrevista individual tenham sido complementares aos obtidos na entrevista em grupo, a possibilidade de compartilhamento das percepções individuais resultou em uma perspectiva de maior elaboração dos conteúdos e melhor comunicação entre os profissionais. Neste sentido, estudos futuros deveriam considerar a possibilidade de uso dos dois recursos.

Referências

- Allisont, S. T., Jordan, A. M. R., & Yeatts, C. E. (1992). A cluster-analytic approach toward identifying the structure and content of human decision making. *Human Relations, 45*, 49-72.
- Araujo, T. C. C. F. (2007). Psicologia da reabilitação: Pesquisa aplicada à intervenção hospitalar. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 10*(2), 63-72.
- Bakheit, A. M. O. (1996). Effective teamwork in rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research, 19*, 301-306.
- Barr, O. (1997). Interdisciplinary teamwork: Consideration of the challenges. *British Journal of Nursing, 6*, 1005-1010.
- Bernardes, L. C. G., Maior, I. M. M. L., Spezia, C. H., & Araujo, T. C. C. F. (2009). Pessoas com deficiência e políticas públicas no Brasil: Reflexões bioéticas. *Ciência & Saúde Coletiva, 14*, 31-38.
- Chapman, G. B., & Sonnenberg, F. A. (Eds.). (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 (Eds.), *Decision making in health care: Theory, psychology and applications* (pp. 267-285). Cambridge, UK: 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*, 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*. Recuperado em 6 março 2009, de <http://www.nemeton.com.br/nemeton/artigos/tomadadedecisoemequipesdesaude.doc>
- Ducanis, A. J., & Golin, A. K. (1979). *The interdisciplinary health care team*. London: Aspen System Corporation.
- Gowland, C., & Basmajian, J. V. (1996). Stroke. In J. V. Basmajian & S. N. Banerjee (Eds.), *Clinical decision making in rehabilitation* (pp. 5-18). New York: Churchill Livingstone.
- Hackman, J. R. (1987). The design of work teams. In J. Lorsch (Ed.), *Handbook of organizational behavior* (pp. 315-342). New York: Prentice-Hall.
- 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 (Eds.), *Decision making in health care: Theory, psychology and applications* (pp. 386-421). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Lemieux-Charles, L., & McGuire, W. L. (2006). What do we know about health care team effectiveness? Review of the literature. *Medical Care Research and Review, 63*, 263-300.
- Lessard, L., Morin, D., & Sylvain, H. (2008). Understanding teams and teamwork. *Canadian Nurse, 104*(3), 12-13.
- Martins, B. M., & Araujo, T. C. C. F. (2008). Comunicação no contexto de reabilitação: O encontro entre enfermeiro e paciente. *Psicologia Argumento, 26*, 109-116.
- Parsell, G., Gibbs, T., & Bligh, J. (1998). Three visual techniques to enhance interprofessional learning. *Postgraduate Medicine Journal, 74*, 387-390.
- 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.
- Prigatano, G. P. (1999). *Principles of neuropsychological rehabilitation*. New York: Oxford University Press.
- Queiroz, E., & Araujo, T. C. C. F. (2006). Tomada de decisão em equipe de reabilitação: Questões específicas relativas à assistência e à pesquisa. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 9*(1), 3-13.
- Queiroz, E., & Araujo, T. C. C. F. (2007). Trabalho em equipe: Um estudo multimetodológico em instituição hospitalar de reabilitação. *Revista Interamericana de Psicología, 41*, 221-230.
- Quintana, A. M., Kegler, P., Santos, M. S., & Lima, L. D. (2006). Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal [Versão eletrônica]. *Paideia (Ribeirão Preto), 16*, 415-425. Recuperado em 5 março 2009, de <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n35/v16n35a12.pdf>
- Schofield, R. F., & Amodeo, M. (1999). Interdisciplinary teams in health care and human service settings: Are they effective? *Health and Social Work, 24*, 210-219.
- 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*, 177-182.

- Straub, R. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Teram, E. (1991). Interdisciplinary teams and the control of clients: A sociotechnical perspective. *Human Relations*, 44, 343-356.

Elizabeth Queiroz é Professora Adjunta do Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, campus Darcy Ribeiro.

Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo é Professora Associada do Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, campus Darcy Ribeiro.

Recebido: 20/05/2008
1ª revisão: 10/03/2009
Aceite final: 28/05/2009