

Os paradoxos do trabalho em equipe em um Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico (CTI-Pediátrico):

explorando as articulações psicossociais no trabalho em saúde

Juliana Cristina Backes^(a)
Creuza da Silva Azevedo^(b)

Backes JC, Azevedo CS. The paradoxes of teamwork at a Pediatric Intensive Unit: exploring the psychosocial joints in health care. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):77-87.

The paper focus on teamwork and was carried out at a Pediatric Intensive Care Unit of a hospital in a city of the metropolitan area of Rio de Janeiro, Brazil. Two lines of analysis were adopted: the organization of care and the cooperation of professionals; the different meanings of care pursued by the teams and the directions for building a common care project. The theoretical approach considered intersubjective nature of teamwork and dialogue with different psychosocial literature. The field work was conducted from September to December 2011, including participant observation and interviews with 24 professionals. The rationalization of practice was associated with subjective contribution of the professionals, which was expressed as zeal, mutual trust and support by mechanisms of collective mediation. The contrasting images between excellence and precariousness indicate unfavorable conditions for sustaining common values and beliefs.

Keywords: Health care. Quality in care. Subjectivity and management. Teamwork.

O artigo tem por objeto o trabalho em equipe investigado à luz dos processos intersubjetivos em organizações de saúde. A pesquisa foi realizada em um Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico (CTI-Pediátrico) de um hospital da região metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. Foram adotados dois eixos de análise: a organização do cuidado e cooperação entre os profissionais em processos de trabalho; os sentidos do trabalho e caminhos para projeto assistencial comum. A abordagem teórica considerou a natureza intersubjetiva do trabalho em equipe e buscou diálogo com abordagens psicossociais de base psicanalítica. O trabalho de campo foi realizado de setembro a dezembro de 2011, compreendendo observação participante e 24 entrevistas com profissionais. A racionalização do processo de trabalho esteve articulada à contribuição subjetiva dos profissionais por meio de zelo, confiança e apoio em mecanismos de mediação coletiva. Imagens contrastantes entre excelência e precariedade indicam tensão desfavorável a valores e crenças comuns.

Palavras-chave: Assistência à saúde. Trabalho em equipe. Subjetividade e gestão. Qualidade em saúde.

^(a) Departamento de Gestão Hospitalar, Ministério da Saúde. Rua México, 128, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 20031-142. juliana.backes@nerj.rj.saude.gov.br
^(b) Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. creuza@ensp.fiocruz.br

Introdução

O tema da qualidade do cuidado nos hospitais tem assumido um papel cada vez maior na agenda dos gestores, dos profissionais de saúde e dos usuários. Na última década, temas como a integralidade da assistência, a produção do cuidado, o trabalho em equipe, o acolhimento e humanização dos serviços de saúde vêm ocupando uma posição de crescente destaque nas discussões setoriais no país¹⁻⁴.

A multiprofissionalidade, como um trabalho plural em seus olhares, saberes e práticas sobre a saúde, busca proporcionar um cuidado mais integral e resolutivo às necessidades de saúde dos usuários⁵ e, ao mesmo tempo, configurar-se como estratégia de integração e coordenação do trabalho⁶⁻⁸.

O presente artigo volta-se para o trabalho em equipe em uma organização hospitalar, tendo com *locus* de pesquisa um CTI-Pediátrico, e analisa parte dos resultados de pesquisa desenvolvida no âmbito do mestrado em Saúde Pública⁹. O estudo desenvolveu dois eixos de análise, buscando examinar: (i) a organização, a coordenação do cuidado e a cooperação entre os profissionais em seus processos de trabalho; (ii) os sentidos do trabalho para a equipe e os caminhos para construção de um projeto assistencial comum.

A justificativa para o estudo fundamenta-se então na compreensão do trabalho em equipe como dispositivo que favorece e articula a produção do cuidado no espaço hospitalar e que é parte dos desafios da gestão e da qualificação da assistência à saúde.

Discutimos o trabalho em equipe articulando os modos de gestão e organização do trabalho que implicam em maior ou menor grau a equipe em seu fazer coletivo, natureza relacional, interativa e intersubjetiva que caracteriza o trabalho em saúde⁹.

Foram centrais na nossa pesquisa autores que propõem a reconstrução do traço artesanal do trabalho clínico, a centralidade dos sujeitos no trabalho em saúde, e, assim, o reconhecimento da mobilização subjetiva dos trabalhadores, questão central para a qualidade do trabalho em saúde. Tal compreensão aponta para o delicado processo de coordenação do cuidado no hospital e para a construção da cogestão, sendo centrais a autonomia dos trabalhadores e sua capacidade irredutível de produção de sentidos e de criatividade^{2,3,8-11}.

A abordagem teórica adotada na pesquisa buscou então um diálogo do campo da Saúde Coletiva, por meio da literatura que reconhece os aspectos microssociais e aponta caminhos para a construção de práticas de gestão coletiva, com autores de diferentes abordagens psicossociais que têm em comum o apoio na teoria psicanalítica e o reconhecimento do papel dos sujeitos. Alguns conceitos da Psicodinâmica do Trabalho, desenvolvida por Christophe Dejours^{12,13}, foram destacados para a compreensão do trabalho assistencial, especialmente os de trabalho de prescrito e o real do trabalho, ajuste e engenhosidade do trabalhador. Foi central a perspectiva da psicossociologia francesa, representada especialmente por Eugène Enriquez^{14,15}. Este enfoque lança as bases para compreender o fenômeno organizacional para além de um sistema racional de produção de bens e serviços, considerando-o como uma realidade viva, lugar onde os sujeitos vivem seus desejos de afiliação^{10,16}. Com isso, destaca-se o papel dos sujeitos e a posição que ocupam nas organizações, não apenas em bases objetivas e funcionais, mas também pela via imaginária^{10,16}. A psicossociologia se constitui como uma perspectiva clínica de pesquisa na qual é central a questão da produção de sentido dos sujeitos e seus efeitos na relação com o trabalho¹⁰.

Metodologia

Para compreender a realidade das práticas cotidianas da equipe de saúde, investigamos o CTI-Pediátrico de um hospital geral da rede pública, referência na assistência de média e alta complexidade, situado em município da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro.

Este estudo se inseriu na pesquisa Avaliação de Experiências Inovadoras no Âmbito da Organização e Gestão da Atenção em Hospitais do SUS¹⁷. A primeira etapa da pesquisa baseou-se na busca ativa de experiências nos hospitais do SUS de todo o país, com cem ou mais leitos, por meio de inquérito eletrônico, gerando um banco de dados com 239 hospitais. Dessa forma, a seleção da unidade

hospitalar estudada decorreu da análise do banco de dados da pesquisa e da eleição de uma unidade hospitalar e de um setor de cuidados com iniciativas relevantes no âmbito da qualidade da assistência hospitalar. A presente investigação buscou, por meio de estudo de caso e por uma perspectiva de avaliação qualitativa em profundidade, analisar a singularidade dos processos organizacionais voltando-se particularmente para o tema da gestão do cuidado e do trabalho em equipe em hospitais no SUS.

A investigação de campo foi realizada de setembro a dezembro de 2011, compreendendo entre suas estratégias: a observação participante de cenas assistenciais e reuniões; e entrevistas em profundidade. No total, foram realizadas 24 entrevistas com profissionais que pertenciam à equipe do CTI havia pelo menos um ano, sendo incluída a chefia do setor e a coordenação de enfermagem, médicos plantonistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta e psicóloga. A seleção dos sujeitos participantes das entrevistas seguiu dois critérios: (i) ser profissional de saúde vinculado ao serviço e estar envolvido diretamente no trabalho em equipe, o que incluiu profissionais com formação de nível superior e médio, com exceção dos profissionais em formação; (ii) pertencer à equipe da unidade hospitalar há pelo menos um ano, buscando maior possibilidade de reflexão e narrativa sobre as práticas cotidianas no serviço.

É importante destacar que a pesquisa seguiu os princípios éticos e as condições para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos conforme estabelecido na *Declaração de Helsinki* (1989) e na *Resolução nº 196/96* do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

A organização do trabalho no CTI-Pediátrico

O CTI (ou Unidade de Terapia Intensiva – UTI) surgiu na década de 1940, nos Estados Unidos, sendo criado para concentrar três componentes: pacientes em situação crítica ou limite, recursos tecnológicos mais caros e de última geração e profissionais altamente especializados para oferecer assistência a esses pacientes e para lidar com essa aparelhagem específica¹⁸.

O setor estudado possui 11 leitos, sendo dois destes de isolamento. A dinâmica de trabalho do CTI-Pediátrico está organizada centralmente no regime de plantão de 24 horas. O plantão é composto por três a quatro médicos plantonistas, dois enfermeiros plantonistas, cinco técnicos de enfermagem e um fisioterapeuta. No dia a dia da unidade, outros profissionais compõem o setor, como o médico da rotina, a chefia do setor, a coordenadora da enfermagem, técnicos de RX e os pareceristas, que são os especialistas médicos e demais profissionais de saúde, como os da psicologia e da fonoaudiologia. No CTI, circulam cerca de cem profissionais por mês.

A organização em plantões estrutura o trabalho no setor, mas, sobretudo, dá sentido à vivência do trabalho em equipe para os profissionais. Desse modo, a cada plantão uma subequipe atua no setor. Não raro a expressão “eu posso falar pelo plantão de hoje, não trabalho nos outros dias da semana” aparecia no relato de profissionais.

Ao entrar no ambiente intensivista, o aparato tecnológico é algo que chama a atenção. Os equipamentos que realizam a medicação (bombas infusoras) e monitoram os parâmetros vitais emitem luzes e alarmes sonoros 24 horas sem parar. Embora os alarmes sonoros sejam ouvidos ao longo de um dia inteiro de trabalho, os profissionais não podem naturalizá-los. Ao ouvir um som diferente ou que se estenda, surge alguém perguntando “de onde vem esse som? Tem alguém mexendo no leito X?”.

Se o CTI-Pediátrico é um lugar no qual predominam a organização racional e prescrita do trabalho¹², ao mesmo tempo é central a vivacidade do trabalho, a manutenção de um estado constante de intensa atenção e concentração por parte dos profissionais. Se para detectar um ruído diferente é imprescindível certa contenção e discrição do ambiente, a atenção e a concentração são estados que não atingimos por estarem prescritos, e sim por estarmos vivamente comprometidos com o trabalho.

Ao lado dos equipamentos, outro elemento que marca a dinâmica do trabalho em equipe no setor é a realização de rotinas. O período da manhã é o mais intenso. Talvez seja possível dizer que a

primeira rotina no setor seja a passagem de plantão que acontece por categorias profissionais. Nos dias de semana, há uma reunião de equipe, coordenada pelo médico da rotina, denominada *round*, na qual se discute o estado clínico de cada paciente internado.

A rotina da enfermagem começa com a divisão de trabalho entre as enfermeiras. Uma enfermeira fica responsável pela preparação da medicação prescrita a todos os pacientes. Essa atividade requer concentração para manipular dosagens adequadas ao peso e a medicação certa a cada criança. A outra enfermeira permanece no “salão” e é a responsável por organizar o trabalho dos técnicos de enfermagem que se realiza a partir da vinculação aos leitos. A divisão do trabalho desses profissionais, feita por leito, e não por atividades, segue concepções de organização do trabalho originadas na literatura internacional relativa à melhoria da qualidade e segurança do paciente buscando aumentar a responsabilização dos profissionais pela atenção ao paciente¹⁹ e responde também às propostas da Clínica Ampliada da Política de Humanização¹ que buscam a construção do processo de trabalho centrado no paciente.

À primeira vista, a rotina dos técnicos de enfermagem destaca-se pelo trabalho repetitivo e metódico: banhos, troca de lençóis, troca de curativos, verificação de sinais vitais, alimentação, medicação em horários predeterminados e a realização de balanço hídrico de três em três horas. Embora a rotina do técnico expresse a dimensão prescrita do trabalho^{12,13}, ou seja, os preceitos estruturantes de qualquer organização, a vivacidade deste trabalho que exige atenção no monitoramento do quadro clínico está longe de se restringir à protocolização das tarefas, expressando que os sujeitos sempre aportam elementos subjetivos às práticas de trabalho, conformando o real do trabalho¹². Assim, as rotinas, os protocolos e o aparato tecnológico são instrumentos da assistência, mas, ao mesmo tempo, conformam-se como elementos que são estruturantes para o trabalho no setor.

O *round*

Nas reflexões sobre as organizações e o trabalho em saúde, autores do campo da saúde coletiva dão relevância aos encontros regulares da equipe para discutir casos, acordar linhas de intervenção e estabelecer os projetos assistenciais comuns^{20,21}. Esses encontros regulares são arranjos organizacionais que partem do reconhecimento de que as ações de saúde não se articulam por si só, espontaneamente, simplesmente porque os trabalhadores compartilham a mesma situação de trabalho e a mesma clientela, mas entendem que, para obter uma equipe integrada, na qual haja a articulação dos profissionais, faz-se necessário colocar em evidência as conexões existentes entre as intervenções realizadas⁵; reconhecer e respeitar as diferenças e especificidades de saberes e práticas de cada profissional⁶; ou ainda, considerar a dimensão intersubjetiva presente nas organizações de saúde^{10,16} e seus efeitos no reconhecimento do outro como um integrante e interlocutor no trabalho em equipe.

No CTI-Pediátrico estudado, as reuniões para a discussão dos casos atendidos são chamadas de *round*. Durante essa reunião, os médicos trocam informações sobre os dados clínicos colhidos em exames, constroem hipóteses diagnósticas, discutem que tipo de procedimento fazer, se há necessidade de parecer de especialista, elaboram, sob a ótica médica, um plano terapêutico individualizado e, por vezes, discutem até que ponto a equipe irá investir em cada caso. Ou seja, o *round* é o momento de tomada de decisão que tem implicações sobre o futuro dos pacientes. Todas as decisões tomadas ficam registradas em um livro que é preenchido pelo médico da rotina.

Além dos médicos plantonistas e o da rotina, participavam da reunião a chefia do setor, o fisioterapeuta, por vezes, algum especialista médico e, mais pontualmente, a enfermagem.

Embora o *round* tenha regularidade e seja aberto à participação dos profissionais, raros foram os momentos que os profissionais de outras categorias intervinham espontaneamente. Ainda que as reuniões se caracterizem mais precisamente por discussões da clínica médica, não verificamos questionamentos por parte dos profissionais não médicos acerca do *round*: “Tudo que é acordado no *round* depois chamam a gente e já vão passando os procedimentos que vão ter que ser feitos, se tem algum exame, se vai ter uma alta porque já tem outra criança para entrar (enfermeira)”.

O *round* parece se configurar como uma rotina do setor cuja função primeira é coordenar o trabalho dos médicos, conforme observa um deles:

“A reunião é para isso: dar diretrizes. A gente como plantonista tenta ver se se encaixa naquele caminho, se vai ter que tomar um atalho (porque) as coisas não vão se manter do jeito que planejaram. A função delas (chefia e médica da rotina) é praticamente dar um planejamento para nós. Às vezes, a gente se sente bastante perdido sem o planejamento”.

De toda forma, se a elaboração do plano terapêutico envolve uma subequipe, a dos médicos, a implementação e a execução das ações assistenciais são tarefas que incluem o conjunto de profissionais que compõe a equipe. A possibilidade de introduzir alterações no projeto terapêutico é dependente de algumas ações realizadas periodicamente por enfermeiros e técnicos de enfermagem, pois monitoram sinais vitais e o estado clínico de maneira geral, sinalizando aos médicos informações para a tomada de decisão.

O modelo de organização e gestão do trabalho cotidiano adotado no CTI-Pediátrico se aproxima de mecanismos de coordenação que se apoiam nas categorias profissionais⁸. Esta lógica engendra dispositivos de coordenação do trabalho da equipe a partir da articulação dos diversos trabalhos especializados realizados por cada subequipe, a médica, a da enfermagem e a da fisioterapia. Com isto, vai se tornando evidente que o trabalho técnico no CTI-Pediátrico está verticalmente hierarquizado e que, embora haja certa interdependência dos trabalhos especializados, há também uma fragmentação no trabalho da equipe, aproximando à descrição de Peduzzi de ‘equipe agrupamento’⁶.

Ainda que o *round* não se mostre enquanto espaço favorecedor de uma dinâmica interdisciplinar e de integração da equipe do CTI, por outro lado, também não é somente um momento instrumental em que são estabelecidas as condutas terapêuticas dos pacientes assistidos.

O relato de outro médico nos dá pistas quanto ao papel do plano terapêutico estabelecido no *round*: “[...] o *round* vai para o espaço em duas ou três horas (se) a criança evolui mal. [...] A grande maioria é isso, criança grave não respeita planejamento”. De fato, a gravidade dos casos assistidos e a imprevisibilidade da evolução clínica dos pacientes dão uma configuração fugaz ao *round* e ao plano terapêutico individualizado. Nesse sentido, um movimento paradoxal foi por nós identificado: embora se reconheça a fugacidade do planejamento terapêutico estabelecido no *round*, as discussões e as trocas estabelecidas são relevantes e se fazem necessárias aos profissionais por justamente exercer uma função subjetiva e inconsciente de continência e metabolização para seus membros²² e assim de apoio psicossocial ao complexo trabalho de cuidado. As discussões no *round* são fundamentais primeiramente aos médicos, devido ao suporte na tomada de decisão no cotidiano de trabalho no CTI-Pediátrico, mas também dão segurança aos demais profissionais que compartilham os cuidados estabelecidos na decisão tomada.

Compreendemos o *round* e o plano terapêutico individualizado não só como expressão do potencial técnico dos médicos, mas como espaço de mediação intersubjetiva, de exercício de uma função intermediária²³ e de ligação dos profissionais à organização e ao trabalho. Podemos supor então que nesse espaço protegido se constrói coletivamente não apenas uma conduta terapêutica, mas a partir da leitura psicossociológica das organizações^{14,15}, compreendemos que tal dispositivo propicia, sobretudo, os investimentos psíquicos e imaginários^{15,16,24} que sustentam a adesão dos profissionais ao trabalho e seus vínculos subjetivos com o setor.

A cooperação possível nas brechas do trabalho prescrito

O desafio ao discutir os mecanismos de coordenação do trabalho da equipe do CTI-pediátrico não se limita aos modos como o setor estrutura suas rotinas e as dinâmicas de funcionamento. Às margens do “trabalho prescrito”^{12,13}, é possível notar outros elementos que compõem o processo de trabalho da equipe do CTI-Pediátrico.

Os acordos e ajustes são mecanismos presentes no cotidiano da equipe. Ainda que eles pareçam algo simples por fazerem parte do cotidiano dos profissionais, são mecanismos que favorecem a troca entre os membros da equipe e a articulação dos trabalhos especializados desenvolvidos por cada um. Para que os ajustes sejam elementos aceitos e partilhados pela equipe, eles devem ter por base o estabelecimento de relações de confiança. A confiança é da ordem do sensível e do campo primitivo

e inconsciente da experiência e se instaura a partir de uma condição subjetiva e internalizada pelos sujeitos, com base em sua própria capacidade normativa e na partilha de uma experiência com o outro^{12,25}.

Uma técnica de enfermagem destaca a criação de uma “escala” que, embora simples, garante a ela segurança na administração correta de nebulizações. Essa escala aponta a engenhosidade e o zelo que a profissional tem na assistência aos pacientes do setor¹². “Uma criança tem prescrita nebulizações alternadas [...] aí eu faço um papelzinho, a minha escalinha. [...] Às vezes eu não posso fazer, aí fisioterapeuta fala: ‘já fiz e já chequei’. Não vai faltar de fazer”.

O que Dejours¹² compreende como engenhosidade e ajustes diz respeito ao real do trabalho e às possibilidades de o trabalhador descobrir, criar e inovar modos de atuar na organização do trabalho¹³ a partir das interpretações que faz do que está prescrito no trabalho, mas também das experimentações sobre o trabalho. Nesse mesmo sentido, Barros e Barros²⁶ discutem que o real do trabalho da equipe de saúde se dá como plano de coengendramento, em que trabalhadores e o processo de produzir se constituem nos/pelos encontros realizados e operados nas situações cotidianas do serviço. Para as autoras, a experiência de trabalhar é, para cada trabalhador, expressão do que ele vive de forma singular e, ao mesmo tempo, daquilo que o trabalhador vivência coletivamente na gestão dos processos de trabalho. Aqui é importante o destaque à ressonância entre o plano do sujeito e do coletivo e, assim, às articulações psicossociais^{10,16}.

Reconhecemos na dinâmica de trabalho da equipe do CTI-Pediátrico novamente aqui o estabelecimento de paradoxos, compreendidos a partir da leitura psicanalítica de Donald Winnicott, como coexistência de funções subjetivas e pensamentos, aparentemente distintos ou contraditórios²². No estudo do CTI, a racionalização e prescrição do processo de trabalho embora necessárias e importantes, não deixam de demandar e nem dispensam a contribuição subjetiva e o caráter criativo da ação do trabalhador^{12,13}. O que nos chamou atenção no caso da escala criada pela técnica de enfermagem foi que a engenhosidade, o investimento singular da trabalhadora levou a um novo instrumento normativo, ou poderíamos dizer, a um novo elemento de padronização do trabalho, com a instituição de um novo mecanismo de controle do processo de trabalho que favoreceu sua prática e de outros colegas. Assim, podemos supor que é necessário atravessar polaridades na explicação dos processos de cuidado e seguir com um olhar mais complexo no qual racionalidade instrumental e intersubjetividade se entrecruzam.

Na leitura de Dejours^{12,13} e de Barros e Barros²⁶, podemos perceber o destaque desses autores à temática da criatividade no trabalho em saúde. Miranda²⁷, ao considerar a criatividade no contexto das organizações de saúde, apoia-se na compreensão de Winnicott e ressalta o papel da confiança como condição para que os profissionais possam compartilhar, experimentar e exprimir um modo de trabalho mais criativo, espontâneo e singular. Para a autora, a confiança na dinâmica organizacional e nas equipes pode favorecer a experiência da transicionalidade – o trânsito entre o mundo interno do sujeito, marcado por seus desejos e fantasias, e a realidade externa, com os objetivos e propósitos organizacionais – e, desta forma, pode vir a favorecer a construção de espaços abertos para acolher os impasses e imprevistos, como também de elaboração de projetos para o seu enfrentamento criativo.

No CTI-Pediátrico estudado, os momentos de agravamento ou de emergência reajustam o trabalho em equipe de modo a engendrar processos de trabalho mais cooperativos entre os profissionais. Uma expressão bastante comum entre os profissionais é “quando o bicho pega todo mundo tem que chegar junto”. Esses momentos parecem se configurar em imprevistos, em situações delicadas que apontam para a capacidade de um trabalho comum e de um enfrentamento coletivo.

Uma médica relata uma situação ocorrida no plantão, à noite, quando três crianças tiveram paradas cardiorrespiratórias, mas havia apenas dois médicos plantonistas. Para a terceira criança, o suporte foi dado pelos profissionais da enfermagem sob a coordenação dos médicos: “Chegou uma hora que parou três crianças ao mesmo tempo. Um dos médicos estava em uma, eu na outra, e a outra parando. Eu falava (para a enfermagem): ‘Gente, faz isso, faz aquilo’”. (médica)

O episódio parece nos indicar que os alicerces do trabalho cooperativo estão nas relações de confiança estabelecidas entre os profissionais. A segurança de poder contar com o outro, embora imprescindível no trabalho em equipe, requer constante construção.

Em ambientes como o CTI-Pediátrico, observamos então outra condição paradoxal ao considerarmos a temática da cooperação entre os profissionais. Se na base da cooperação está a confiança entre os profissionais, elemento intersubjetivo essencial, contudo, esta é uma condição sempre precária, e em nosso estudo vimos que se apoia e requer uma construção que se faz tanto no compartilhamento de rotinas e protocolos preestabelecidos e repetidos como na capacidade de a equipe dar respostas improvisadas “quando o bicho pega”. A possibilidade de desenvolver um trabalho mais cooperativo se faz então no compartilhamento de uma história de trabalho comum, escrita pela vivência individual e coletiva de articulação dos elementos técnicos estruturantes e de inventividade e espontaneidade que permitem que a confiança venha a emergir entre os profissionais da equipe.

Enfim, vimos que os ajustes, os acordos e a engenhosidade estão presentes no trabalho do CTI-Pediátrico e favorecem a cooperação entre os profissionais e a coordenação dos trabalhos especializados. Se no item anterior vimos que o cenário assistencial do trabalho em equipe se estruturava tendo por base a lógica corporativa e a hierarquização dos trabalhos técnicos, embora sejam estes elementos importantes na organização do trabalho no setor, não são os únicos. Na realidade, em alguns momentos, vimos que a “equipe é agrupamento”, em outros, que ela é uma “equipe integração”⁶; ora a fragmentação e a lógica das categorias profissionais estruturam o trabalho em equipe do setor, ora a equipe é capaz de engendrar processos cooperativos, ajustes, acordos internos. O trabalho em equipe no setor estudado é complexo e nos leva a reconhecer os elementos paradoxais e contraditórios que estruturam o processo de trabalho nele e também o quanto essa dinâmica produz efeitos no modo como os sujeitos são capazes de assistir e cuidar.

O projeto comum e a dimensão imaginária no CTI-Pediátrico

Um outro caminho de análise do trabalho em equipe no setor foi nos interrogarmos sobre a sua dinâmica grupal. Segundo a compreensão da psicossociologia francesa¹⁴, é a existência de um projeto comum que constitui o grupo. O projeto comum supõe um sistema de valores interiorizados e compartilhados pelo conjunto dos membros do grupo, devendo apoiar-se em alguma representação coletiva ou no imaginário social comum. O imaginário social seria “uma certa maneira de representar para nós aquilo que somos, o que queremos ser, o que queremos fazer em que tipo de sociedade e de organização desejamos intervir ou existir”¹⁴ (p. 57). Todavia é fundamental que tais representações sejam não apenas intelectualmente pensadas, mas também afetivamente sentidas¹⁴. O imaginário social ou organizacional funcionaria como um sistema de interpretação, de produção de sentido que surge na interação entre os sujeitos²⁴.

Nos interrogamos até que ponto o próprio CTI-Pediátrico teve por base a constituição de um projeto comum entre os profissionais. Na realidade, considerar a existência de um projeto comum no setor é examinar se são constituídas e partilhadas representações e imagens que favoreçam identificações e construção de sentido para as práticas assistenciais.

A história do CTI-Pediátrico é marcada não somente pelas inúmeras dificuldades em dispor de profissionais, equipamentos e materiais adequados ao cuidado, mas o próprio serviço surge como fruto do desejo e luta de alguns profissionais por desenvolver este tipo de assistência em um hospital relativamente novo.

Posteriormente, a partir de 2007, o hospital passa a investir em processos de melhoria das práticas assistenciais seguindo a perspectiva da Acreditação Hospitalar⁴, vindo a ser destacados temas como a segurança do paciente, padronização de processos e a qualificação da assistência. Essa abordagem à qualidade encontra então ancoragem no CTI-Pediátrico e vem a apoiar no setor o que denominamos como imaginário da qualidade e da excelência.

Surgem imagens de potência: “O CTI-Pediátrico funciona. Se chegar um paciente grave todos vão ficar em cima, seja a hora que for. [...] aqui faz a diferença, a gente intervém e pode ter outro desfecho. E muito por causa da equipe”. A satisfação pela qualidade e resultados alcançados propicia o imaginário da excelência indicando que a experiência de trabalhar no CTI-Pediátrico tem sentido para os profissionais:

“Adoro isso aqui, é uma cachaça. Eu estava em outro lugar, [...] voltei há 2 anos. [...] Eu estou aqui porque gosto mesmo. Se eu estivesse fora daqui eu estaria ganhando muito dinheiro. [...] Academicamente, aqui dá um retorno absurdo que nenhum outro lugar vai te dar em termos de material humano. São 11 leitos, uma gama diversa de doenças que você não vai achar em nenhum lugar, e além do ambiente de trabalho ser maravilhoso”. (médica)

Trabalhamos com a hipótese que o imaginário da qualidade e da excelência do CTI-Pediátrico é sustentado pelos profissionais numa espécie de contrato narcísico²³. Para Kaës, a noção de contrato narcísico se apoia nos enunciados de Freud a respeito do narcisismo, particularmente, no reconhecimento de um duplo *status* do indivíduo. De um lado, o narcisismo assegura a continuidade dos investimentos do indivíduo sobre si mesmo. De outro lado, cada indivíduo ocupa um lugar no grupo e, portanto, é investido narcisicamente como portador da continuidade do conjunto social. Assim, compreendemos que existe uma dupla função no imaginário da excelência do CTI – assegura ao profissional seu valor e, ao mesmo tempo, reforça as capacidades existentes no grupo. O contrato narcísico vem assegurar a transmissão dos valores, ideais e crenças que fundaram o CTI-Pediátrico como um projeto comum. Desse modo, o imaginário da qualidade e da excelência reforça o vínculo dos profissionais com o serviço e com o trabalho, atende aos seus desejos de potência e de reconhecimento de suas capacidades.

Outras imagens sobre o CTI-Pediátrico também ganham relevo no relato dos profissionais. Em particular, na visão dos profissionais da enfermagem, a falta de profissionais, somada à intensa rotatividade de pacientes, e o aumento de volume de trabalho constituem imagens de um “trabalho pesado”, “puxado”. Para uma técnica de enfermagem: “O trabalho aqui no CTI é bom, mas poderia ser melhor em termos de assistência [...] O paciente do CTI-Pediátrico tem muito detalhe e, por ter pouca gente (da enfermagem), é muito trabalho, fica pesado.”

A partir de imagens como essa, consideramos a constituição de outro imaginário no CTI, o da contingência, que expressa certa fragilidade das identificações imaginárias de potência e de qualidade da instituição.

As dificuldades dos profissionais em poder contribuir de maneira singular parecem fragilizar o trabalho, funcionando como barreira para ir além do prescrito.

“E a humanização? Não dá para humanizar com 11 leitos e 3 técnicos. Às vezes eu saio daqui e não sei o nome da criança que cuidei. Só sei que dei a medicação, troquei os curativos, fiz todos os cuidados. [...] O mais importante do nosso trabalho que era conhecer a mãe, a criança, perguntar o que aconteceu, porque às vezes elas soltam coisas para a gente que não soltam para os médicos. Contam coisas que, de repente, são importantes no diagnóstico da criança, mas não se tem tempo para isso”. (enfermeira)

Por outro lado, se a sobrecarga de trabalho torna-se corriqueira, pode funcionar como obstáculo ao investimento psíquico no trabalho, conformando-se uma experiência marcada pela operacionalidade. Nesse contexto de compressão do tempo, caso os profissionais só possam focar o presente imediato, pode-se produzir efeitos negativos sobre as suas capacidades futuras de investimento subjetivo e crença²⁴.

As imagens cunhadas sobre o CTI indicam a presença de representações que contrastam o imaginário da qualidade/excelência e o imaginário da contingência. Essas imagens além de nos indicar que as significações sobre o setor não são partilhadas pelos vários grupos de profissionais que compõem o serviço, apontam que essa situação é fonte de sofrimento, particularmente para a enfermagem. O imaginário da contingência tem por base as precariedades, as falhas e as dificuldades do trabalho no setor e, sobretudo, é expressão das dificuldades do setor e do hospital em responder às angústias que se apresentam aos profissionais de enfermagem.

A presença de imagens polares sobre o setor indica uma tensão desfavorável à experiência de equipe e expressa também que o CTI-Pediátrico, enquanto projeto ‘comum’ capaz de sustentar

valores, ideais e crenças a serem compartilhados pelo grupo, não tem alcance a todos da equipe, mas, talvez de modo mais significativo, apenas a uma subequipe, a de médicos.

Fazendo um balanço, podemos supor que os exemplos de engenhosidade, de zelo, de responsabilidade no trabalho assistencial e de preocupação com qualidade que se apresentaram no processo de produção do cuidado são elementos que nos dão pistas para pensar que há investimentos imaginários que sustentam, ainda que com falhas, uma aderência dos profissionais ao trabalho no CTI.

Considerações finais

Ao iniciarmos este artigo, apontamos que a unidade intensiva surge com o propósito de conservar a vida de pacientes graves, e, diante dessa demanda, o serviço se organiza para intervir e assistir. No estudo, vimos que o CTI-Pediátrico se estrutura em elementos do trabalho técnico e prescritivo – rotinas, protocolos, tecnologias, entre outros. Todavia, “estar organizado” para atender a essa demanda não se esgota em ter ou não condições materiais, tecnológicas ou de pessoal, embora seja inquestionável sua importância para produzir cuidado. Na investigação, pudemos considerar elementos intersubjetivos e seus efeitos no modo como a equipe do CTI-Pediátrico se “organiza” para coordenar os processos de trabalho, compartilha imagens (e afetos) sobre o trabalho realizado no setor, bem como sobre as possibilidades de cooperação e solidariedade entre os profissionais.

Nesse contexto, vimos que a vivência de equipe se estruturava ora tendo por base a lógica das categorias profissionais e sob domínio de uma fragmentação do processo de trabalho; ora sendo capaz de engendrar processos cooperativos, acordos e ajustes. O valor do *round* e do plano terapêutico individualizado estão para além de coordenar objetivamente o trabalho, mas indicam que é no partilhar as experiências de trabalho que uma construção coletiva do CTI se faz possível.

Para além das rotinas e protocolos preestabelecidos, a cooperação tem por base a confiança e o compartilhamento de uma história de trabalho comum escrita pela vivência individual e coletiva de articulação de elementos técnicos à espontaneidade e inventividade. Nesse sentido, entendemos como desafio para gestão do cuidado a constituição de momentos-encontros regulares como uma base para que o grupo possa sonhar um futuro conjunto, recriar coletivamente a crença quanto à excelência e qualidade do serviço.

Colaboradores

Juliana Cristina Backes e Creuza da Silva Azevedo foram responsáveis pela concepção da pesquisa, discussão dos resultados, redação e revisão do artigo. A primeira autora realizou a pesquisa empírica que gerou sua dissertação de mestrado.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF): Secretaria Executiva, Ministério da Saúde; 2004.
2. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
3. Campos GWS. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec; 2003.
4. Azevedo CS, Sá MC, Miranda L, Grabois V. Caminhos da organização e gestão do cuidado em Saúde no âmbito hospitalar brasileiro. *Polít Plan Gest.* 2010; 1(1):1-34.

5. Gomes R, Pinheiro R, Guizardi, FL. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ, Abrasco; 2005. p. 105-16.
6. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização. In: Pinheiro R, Mattos RA, Barros MEB, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco; 2007. p. 161-78.
7. Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(22):239-55.
8. Cecilio LCO, Merhy, EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, Abrasco; 2003. p. 197-210.
9. Backes J. Paradoxos do trabalho em equipe em um CTI-pediátrico: entre procedimentos, sofrimento e o cuidado [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
10. Azevedo CS, Sá MC, organizadores. Subjetividade, gestão e cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
11. Campos GW. Co-gestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(5):2337-44.
12. Dejours C. Addendum. In: Lancman S, Sznclwar LI, organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p. 47-104.
13. Dejours C. Sexualidade e trabalho. *Trabalho vivo*: Tomo I. Brasília (DF): Paralelo 15; 2012.
14. Enriquez E. O vínculo grupal. In: Machado MNM, Castro EM, Araújo JNG, Roedel S, organizadores. Psicossociologia: análise social e intervenção. Belo Horizonte: Autêntica; 2001. p. 61-74.
15. Enriquez E. A teoria freudiana e sua contribuição ao estudo das organizações: os diferentes níveis (ou instâncias) da análise das organizações. In: Enriquez E, organizador. Organização em análise. Petrópolis: Vozes; 1997. p. 11-133.
16. Sá MC, Azevedo CS. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(5):2345-54.
17. Sá MC, Azevedo C, Miranda L, Grabojs V, Oliveira SP, Matta G, et al. Avaliação de experiências inovadoras no âmbito da organização e gestão da atenção em hospitais do SUS. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
18. Menezes RA. Dífceis decisões: uma abordagem antropológica da prática médica em CTI. *Physis*. 2000; 10(2):27-49.
19. Conway J, Johnson B, Edgman-Levintan S, Schlucter J, Ford D, Sodomka P, et al. Partnering with patients and families to design a patient - and family - centered health care system: a roadmap for the future – a work in progress [Internet] Bethesda: Institute for patient and family centered care; 2006 [acesso 1 Out 2011]. Disponível em: <http://www.ipfcc.org/pdf/Roadmap.pdf>
20. Cardoso CG, Hennington EA. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de Saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trab Educ Saude*. 2011; 9 Supl 1:85-112.

21. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(2):399-407.
22. Figueiredo LC, organizador. *Cuidado e saúde: uma visão integrada*. São Paulo: Escuta; 2014. *Cuidado, saúde e cultura: trabalhos psíquicos e criatividade na situação analisante*; p. 9-29.
23. Kaës R. *Os espaços comuns e partilhados: transmissão e negatividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
24. Azevedo CS. A dimensão imaginária e intersubjetiva das organizações de saúde: implicações para o trabalho gerencial e para a mudança organizacional. *Cien Saude Colet*. 2010; 15 Supl 1:977-86.
25. Figueiredo LC, organizador. *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta; 2009. *Confiança: a experiência de confiar na clínica e na cultura*; p. 71-99.
26. Barros MEB, Barros RB. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, Barros MEB, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco; 2007. p. 75-84.
27. Miranda L. *Criatividade e trabalho em Saúde: contribuições da teoria winnicottiana*. In: Azevedo CS, Sá MC, organizadores. *Subjetividade, gestão e cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 89-117.

Backes JC, Azevedo CS. Las paradojas del trabajo en equipo en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos: explorando las articulaciones psicosociales en el trabajo de salud. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):77-87.

El artículo se centra en un trabajo en equipo investigado a la luz de los procesos inter-subjetivos. Una encuesta realizada en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCI-Pediátrica) de un hospital en el estado Río de Janeiro, Brasil, adoptó dos ejes de análisis: la organización de la asistencia y la cooperación entre los profesionales; los significados del trabajo y los caminos para un proyecto asistencial común. El enfoque teórico considera la naturaleza inter-subjetiva del trabajo en equipo y dialoga con enfoques psicosociales de base psicoanalítica. El trabajo de campo se llevó a cabo en septiembre-diciembre 2011, incluyendo observación participante y entrevistas con 24 profesionales. La racionalización del proceso de trabajo estuvo asociada al aporte subjetivo de profesionales, que se expresa por mecanismos de mediación colectiva caracterizados por el celo y la confianza. El contraste entre imágenes de excelencia y precariedad indican tensión desfavorable a los valores y convicciones comunes.

Palabras clave: Atención de salud. Subjetividad y gestión. Trabajo en equipo. Calidad de Salud.

Submetido em 06/01/16. Aprovado em 22/04/16.

