

# Equipa multiprofissional de saúde e formação em contexto de trabalho — O caso de um serviço hospitalar

PATRÍCIA VINHEIRAS ALVES

palves@esefg.pt

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## RESUMO:

Este estudo de caso pretendeu investigar “em que medida as reuniões de uma equipa multiprofissional de saúde têm potencialidades formativas para os diferentes profissionais que nelas participam”<sup>1</sup>.

Pretendeu caracterizar e analisar as dinâmicas de funcionamento das reuniões da equipa multiprofissional, as relações que se estabelecem entre os diferentes elementos que participam nessas reuniões e as implicações no processo de formação contínua dos profissionais.

A colheita de dados foi efectuada num serviço de Medicina de um hospital de Lisboa com recurso à observação participante das reuniões da equipa multiprofissional. Para o tratamento dos dados foi utilizada a análise de conteúdo.

Conclui-se que as reuniões da equipa multiprofissional têm um grande potencial formativo, já que durante as mesmas constata-se uma riqueza de debates e reflexões individuais que, desde que interiorizadas, levam a processos de mudança de comportamentos. Este potencial formativo resulta de processos de formação experiencial, de autoformação e de socialização que ocorrem nas reuniões. Conclui-se também que a formação não formal e informal em contexto de trabalho são importantes na evolução da prática profissional em articulação com a formação formal.

## PALAVRAS-CHAVE:

Autoformação, Equipa Multiprofissional, Formação em Contexto de Trabalho, Formação Contínua, Formação Experiencial, Socialização.

## ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

### O CONTEXTO DE TRABALHO E A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O contexto de trabalho possibilita a aplicação da teoria à prática, mobilizando os saberes aí adquiridos para situações de formação e novamente para outros contextos de trabalho. Neste quadro, a prática profissional dos técnicos de saúde tem vindo a ser cada vez menos perspectivada como apenas um momento de aplicação, para passar a ser cada vez mais encarada como um elemento estruturante do processo de formação, baseando-se em momentos de alternância (Canário, 1998). Esta “pedagogia de alternância” (Malglave, 1990) foi introduzida há muito nos cursos de formação, como é o caso dos cursos que formam os profissionais de saúde, porque o saber, o saber ser e o saber fazer são reconhecidos como importantes pilares na formação destes profissionais e como estando ao mesmo nível de importância na sua formação. Se o saber teórico se pode, em grande parte, adquirir pela formação formal, o saber ser e o saber fazer passa essencialmente pela experiência e pela interacção entre as pessoas e a situação, fazendo sentido para elas (Cabrilo, 1999, p. 31).

Ao abordar a importância da formação em contexto de trabalho, Charue (1992) refere que numa organização o indivíduo constrói permanentemente representações do funcionamento do seu trabalho através das acções que vai desenvolvendo. Assim, este vai reflectindo sobre a experiência e assim-

lando o mais relevante das situações de trabalho, adquirindo capacidades que lhe irão permitir dar resposta a novos problemas. De facto, o contexto de trabalho pode ser considerado como um espaço educativo fundamental porque no dia-a-dia de cada indivíduo e no contexto de trabalho os actores interagem, reagem a acontecimentos, participam e tomam decisões (Pain, 1990). Porém, neste contexto de trabalho existem muitas actividades que podem aumentar ou não o potencial formativo das situações. São as relações interpessoais, as relações com a organização, o trabalho em equipa, as reuniões... Assim, procuram-se espaços de reflexão e partilha que possibilitem o envolvimento de toda a equipa no cuidar do doente com qualidade (o objectivo principal dos profissionais de saúde) e a troca de conhecimentos e experiências, que são potencialmente formativos, através de processos de formação experiencial, de autoformação e de socialização.

### FORMAÇÃO EXPERIENCIAL, AUTOFORMAÇÃO E SOCIALIZAÇÃO

A formação experiencial é um processo de aquisição de saberes a partir das situações vividas pelo indivíduo no seu quotidiano. Assim, o meio em que o indivíduo se insere, bem como as influências externas (sócio-profissionais, familiares, económicas e políticas) têm um carácter formativo contínuo. Uma das perspectivas de aprendizagem mais influentes nas últimas décadas, tendo contribuído para a compreensão do processo de aprendizagem experiencial, foi a de Kolb (1984) que tenta reconciliar a

teoria com a prática através de um modelo estrutural de aprendizagem, salientando quatro etapas<sup>2</sup> no processo de formação experiencial que funcionam articuladas e de forma circular repetindo-se continuamente: a experiência concreta, a observação reflectida, a conceptualização abstracta e a experimentação activa.

Nas definições de formação experiencial pelos vários autores existe consonância quanto ao papel activo do sujeito e à sua capacidade de reflexão e experimentação das situações quotidianas, já que a prática e a reflexão sobre estas são elementos essenciais na experiência (Bonvalot, 1991). A reflexão é um meio que permite aos sujeitos desenvolver uma aprendizagem permanente nas situações profissionais e através delas, dentro de um quadro de uma organização autoformativa (Canário, 1994). Nestas circunstâncias, o trabalho em equipa e a comunicação das experiências em grupo é de crucial importância para os profissionais de saúde já que permite problematizar, dando sentido aos saberes construídos a partir da reflexão sobre as experiências, com a ajuda de concepções teóricas, o que irá formar um conhecimento mais sólido pois advém da experiência de cada um (Sousa, 2000). É através desta reflexão sobre a prática, efectuada com base na teoria, que se pode reformular novamente a teoria e permitir a realização de novas aprendizagens. Esta reflexão dos profissionais de saúde acerca das suas experiências profissionais enfatiza a ligação do profissional com o seu local de trabalho, e este último surge como o ponto de partida para a construção do saber, para a sua autoformação.

Os processos autoformativos são essencialmente processos em que cada indivíduo gere e se apropria de um conjunto de influências e experiências por que passou, reflectindo acerca destas e fazendo um trabalho sobre si de autoconstrução como profissional e pessoa. Comunicar a experiência permite ao indivíduo voltar a olhar sobre a situação e reflectir, descobrindo elementos que anteriormente não tinha valorizado, permitindo consciencializar-se dos problemas, o que facilita o desenvolvimento das capacidades autoformativas (D'Espiney, 1997). A autoformação pertence por inteiro a cada pessoa. No entanto, é importante que as organizações criem condições para a favorecer, já que o potencial formativo do contexto de trabalho é optimizado, desde

que sejam criados dispositivos e dinâmicas de formação na organização que estimulem e favoreçam a transformação das experiências em aprendizagens, através de um processo de autoformação (Canário, 1994, p. 26). Assim, os dispositivos e dinâmicas formativos a nível hospitalar passam pela formação formal através dos Departamentos de Formação Permanente (DEP) e da formação em serviço, pelo trabalho em equipa, pelas reuniões e pelos contactos interpessoais, mesmo que sem consciência por parte dos indivíduos.

Em contexto de trabalho, e nomeadamente durante a reunião da equipa multiprofissional de saúde, os actores também experimentam um processo de socialização. Este processo desenrola-se ao longo da vida do indivíduo de acordo com o meio que o envolve. Inclui a educação enquanto criança e adolescente no seu contexto familiar, de amigos, na escola, mas também a educação enquanto adulto no seu meio familiar, com os amigos, em contexto de trabalho e em todos os meios onde se insere (Lesne, 1977).

No entanto, o indivíduo não é apenas condicionado pelos outros e pelo meio que o envolve. A formação contínua dos adultos é entendida como um processo de socialização no sentido que os indivíduos são em simultâneo sujeitos, agentes e objectos de socialização (Lesne, 1977), permitindo alargar os níveis de formação a um campo de articulação entre o formal, não formal e informal (D'Espiney, 1997). Os indivíduos são objectos porque são condicionados por outros e pelo meio, agentes porque condicionam os outros e sujeitos porque impõem a si próprios o condicionamento.

## QUESTÃO DE PESQUISA E OBJECTIVOS

A equipa multiprofissional de saúde do serviço de Medicina de um hospital de Lisboa onde trabalhei durante 8 anos reúne-se semanalmente (habitualmente à quarta-feira) para discutir os casos dos doentes internados e planear as intervenções dos profissionais da equipa, de forma a tornar mais eficaz o trabalho de todos e a proporcionar a prestação de cuidados de qualidade. O objectivo da reunião é, aliás, contribuir para cuidar do doente holisticamente e com qualidade. Durante a minha participação

nestas reuniões, ao longo dos anos, percebi que aprendia sempre novas coisas. Esta foi a razão por que surgiu a ideia de efectuar um estudo relativo aos aspectos formativos da reunião multiprofissional de equipa no referido serviço, tendo formulado a seguinte questão de partida: “Em que medida as reuniões da equipa multiprofissional de saúde têm potencialidades formativas para os diferentes profissionais que nelas participam?”

O foco do estudo foi a reunião semanal da equipa multiprofissional de saúde do hospital, tendo sido definidos os seguintes objectivos específicos:

- caracterizar as dinâmicas de funcionamento das reuniões da equipa multiprofissional;
- analisar as dinâmicas de funcionamento das reuniões da equipa multiprofissional;
- caracterizar as relações entre os diferentes elementos que participam nas reuniões da equipa multiprofissional;
- analisar as relações entre os diferentes elementos que participam nas reuniões da equipa multiprofissional;
- analisar os efeitos que as reuniões têm tido no processo de formação contínua dos profissionais que nelas participam.

## METODOLOGIA

Optei por um estudo de caso, descritivo e interpretativo, com uma abordagem qualitativa.

No quadro deste paradigma, neste estudo observei os profissionais e as interacções que se registaram entre eles, em contexto da reunião da equipa multiprofissional, e participei directamente na referida reunião, com estatuto semelhante ao dos demais participantes.

O instrumento metodológico de registo de informação empírica utilizado foi a observação participante<sup>3</sup>. A observação participante pareceu-me o método de investigação mais adequado neste estudo por permitir um olhar directo sobre o contexto, que neste caso é a reunião da equipa multiprofissional e as interacções entre os elementos. Durante cada reunião utilizei um Guia de Orientação para Observação Participante pré-elaborado (Quadro n.º 1) que serviu como guia de orientação da observação.

## Quadro n.º 1

### GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DAS REUNIÕES DA EQUIPA MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE

---

#### 1) REGRAS DE FUNCIONAMENTO DA REUNIÃO

---

- Identificação dos intervenientes;
- Planta dos locais onde se sentam os intervenientes;
- Quem conduz a reunião? E porquê essa pessoa?;
- Há alguém que assista a todas as reuniões e assuma esse papel?;
- Quem pede a palavra e como se pede? Há algum procedimento específico para tal?;
- Tempo de demora das reuniões;
- Estrutura da reunião;
- Papéis dos diferentes participantes.

---

#### 2) ASSUNTOS TRATADOS NAS REUNIÕES

---

- Há alguma ordem de trabalho pré-estabelecida, e quais as razões? Se há, é alterada e acrescentada ou seguida rigorosamente? Se não há, porquê e que razões para cada um apresentar um assunto para debate.

---

#### 3) INTERVENÇÕES DOS DIFERENTES ACTORES

---

- Quem intervém? Quantas vezes? E durante quanto tempo?;
- Qual a natureza da intervenção;
- Em que circunstâncias intervém?;
- Comportamentos dos actores;
- Motivações ou intenções dos actores (comportamento é espontâneo ou dirigido a alguém);
- Resultados ou consequências dos comportamentos;
- Quanto tempo da reunião foi útil e quanto gasto em “conversa”? Da parte de quem? Por culpa de quem?

---

#### 4) INTERACÇÕES ENTRE OS ELEMENTOS DA EQUIPA DURANTE AS REUNIÕES

---

- Relações entre os comportamentos dos actores (trabalham em conjunto, ou seja, têm em atenção a opinião dos outros profissionais);
  - Motivos ou intenções dos comportamentos (comportamentos dirigidos a alguém?).
- 

Para a realização do estudo, construí uma ficha para notas de campo, de acordo com o plano de observação pré-elaborado, nas quais inscrevi os apontamentos que me permitiram depois elaborar o relatório de cada reunião, especificando os acontecimentos relevantes.

Após a observação participante de cada uma das reuniões, transcrevi no próprio dia e no dia seguinte o seu conteúdo, a partir do papel rascunho utilizado e da minha memória. O método que utilizei para a análise dos dados foi a análise de conteúdo.

Assim, após várias leituras flutuantes de todas as observações, procedi à análise individual de cada observação de acordo com os aspectos que me surgiram como denominador comum, com lógica e coerência em todas as observações. Deste modo, fiz a análise de conteúdo de acordo com a natureza da intervenção de cada participante; o potencial de formação da reunião; os aspectos que promovem a formação; os aspectos que contribuem para informalizar a reunião. De seguida procedi à leitura de todas as análises individuais, o que me conduziu à

análise temática. Assim, emergiram vários temas onde se inserem todos os aspectos relevantes das observações de forma sistematizada.

Da análise de conteúdo efectuada emergiram três temas, dez categorias e 20 subcategorias, conforme exposto no Quadro n.º 2.

## APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Na apresentação dos dados irei referir-me sumariamente à constituição da equipa, ao decurso das reuniões, à caracterização dos participantes quanto às suas intervenções e aos temas emergentes da análise dos dados.

Quadro n.º 2  
CLASSIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Situações com grande potencial formativo durante as reuniões	Situações relativas ao doente	História clínica do doente Medicação Exames imagiológicos Exames de sangue Intervenções cirúrgicas Aspectos sociais Aspectos de enfermagem Aspectos psicológicos Tratamentos
	Situações não relativas ao doente	Sugestões de investigação Sugestões de leitura A medicina no tempo Sugestões de reuniões clínicas
Situações com pequeno potencial formativo durante as reuniões	Situações relativas ao doente	Altas sem discussão Não aprofundamento dos casos sociais Recusar ver exame
	Situações não relativas ao doente	Informações
Aspectos que promovem a formação durante as reuniões	Experiencial Questionamento Descritivo Interactivo Incentivo Sugestão Informalização das reuniões	Relativamente ao funcionamento das reuniões Relativamente aos participantes das reuniões Relativamente ao dirigente das reuniões

## AS REUNIÕES

Durante as 10 reuniões desta equipa multiprofissional<sup>4</sup> participaram diversos profissionais de saúde — o Professor (director de serviço), o chefe de serviço, os médicos assistentes, os estagiários do Internato Complementar de Medicina, os estagiários do Internato Geral de Medicina, os estagiários do 5º ano de Licenciatura em medicina, a enfermeira chefe, uma enfermeira graduada e uma enfermeira de nível I, os estagiários do 3º ano de Licenciatura em Enfermagem, a assistente social, a psicóloga, a dietista, a farmacêutica, a fisioterapeuta, os estagiários do 5º ano de farmácia e os estagiários do 5º ano de psicologia.

O director do serviço (Professor) conduziu as reuniões<sup>5</sup>, já que é simultaneamente o dirigente do serviço e a pessoa que participa em todas as reuniões. Apenas se encontrou ausente na 7ª reunião, tendo sido substituído pelo chefe de serviço.

As reuniões decorrem com a apresentação do doente que está na cama 1 até ao doente que está na cama 21, pelo médico assistente que acompanha cada doente, ou pelos médicos de internato (geral ou complementar) ou pelo aluno de medicina de 5º ano que está acompanhado por esse mesmo médico assistente. Os médicos apresentam os doentes um por um do ponto de vista médico referindo-se à patologia, aos antecedentes, justificam os exames realizados e os seus resultados, projectam novos exames a realizar, sugerem o diagnóstico, projectam a

alta clínica do doente e referem algumas questões que a família possa ter colocado. O Professor opina sobre o caso constituindo aquilo que designo por “intervenção instituída” e, consoante a situação, pede a intervenção de outros profissionais. Os restantes médicos fazem sugestões de exames a realizar, diagnósticos, discutem resultados de exames e sua pertinência. Cada elemento da reunião intervém espontaneamente e não necessita de pedir formalmente a palavra.

As reuniões decorrem segundo uma estrutura pré-definida, que nunca foi objecto de crítica, ou seja, todos os participantes sabem que nas reuniões o médico responsável do doente faz a respectiva apresentação, a sua evolução clínica e o planeamento de tratamentos para este doente. Designei estas participações de “Estrutura da reunião”. Durante e após esta apresentação qualquer dos profissionais pode e deve introduzir as suas sugestões. Estas participações são denominadas de “Espontâneas”. O Professor, muitas vezes, solicita a participação de um profissional em particular devido à especificidade da sua formação, tornando-o um recurso essencial para a resolução de problemas do doente. Estas participações denominei de “Quando solicitado”.

No Quadro n.º 3 apresento o número de participações por reunião de acordo com a sua natureza (por estrutura da reunião, quando solicitado e participações espontâneas).

### Quadro n.º 3

NÚMERO DE PARTICIPAÇÕES POR REUNIÃO DE ACORDO COM A SUA NATUREZA.

REUNIÃO	NÚMERO DE PARTICIPAÇÕES		
	ESTRUTURA DA REUNIÃO	QUANDO SOLICITADO	ESPONTÂNEAS
1ª	21	2	10
2ª	23	5	1
3ª	27	4	2
4ª	27	4	4
5ª	24	0	4
6ª	27	4	10
7ª	33	0	2
8ª	24	4	2
9ª	23	6	5
10ª	26	2	10
TOTAL	255	31	50
NÚMERO TOTAL DE PARTICIPAÇÕES NAS 10 REUNIÕES — 336			

Como mostra o Quadro n.º 3, o número total de intervenções nas 10 reuniões foi de 336, sendo as do Professor (e na 7ª reunião as do chefe de serviço) permanentes, pelo que não foi possível contabilizá-las. Destas 336 intervenções:

- 255 foram por estrutura da reunião, ou seja, a reunião está estruturada de forma a que cada médico do doente, os seus internos ou os alunos do 5º ano de medicina apresentem os seus doentes.
- Foi relevante a intervenção espontânea dos profissionais em 50 ocasiões o que demonstra interesse e motivação para intervir.
- Apenas em 31 situações, os elementos foram solicitados a participar. Todavia na 5ª e na 7ª reuniões ninguém foi solicitado a participar.

A reunião com maior número de intervenções por estrutura foi a 7ª (total de 33 intervenções), quando solicitado foi a 9ª reunião (total de 6 intervenções) e espontâneas foram a 1ª, 6ª e 10ª reuniões (total de 10 intervenções em cada reunião).

Naturalmente, no decurso de uma reunião não só é importante saber o grau e a natureza das participações como a origem das mesmas. Efectivamente, a origem das participações tem um significado implícito no “desenho” e objectivos, mesmo que inconscientes, da reunião. O Quadro n.º 4 refere-se ao número de participações dos grupos ocupacionais de acordo com a sua natureza.

Quadro n.º 4  
NÚMERO DE PARTICIPAÇÕES DOS GRUPOS OCUPACIONAIS  
DE ACORDO COM A SUA NATUREZA

GRUPOS OCUPACIONAIS	NÚMERO DE PARTICIPAÇÕES			TOTAL
	POR ESTRUTURA DA REUNIÃO	QUANDO SOLICITADO	ESPONTANEAMENTE	
Médicos	166	12	37	215
Enfermeiros	0	8	7	15
Assistente Social	0	6	4	10
Dietista	0	2	0	2
Farmacêutica	0	2	1	3
Psicóloga	0	1	1	2
Alunos de medicina	89	0	0	89
TOTAL	255	31	50	336

No Quadro n.º 4, quando analisamos o número de participações por grupos ocupacionais, observamos que:

- Os médicos são o grupo ocupacional com maior número de participações durante as reuniões (215 intervenções), seguidos dos alunos de medicina (89 intervenções) e dos enfermeiros (15 intervenções). Este facto explica-se por várias razões, nomeadamente:
  - ✓ porque este é o grupo com maior número de elementos;
  - ✓ porque há uma nítida e inconsciente tendência para sobressair das reuniões uma maior ênfase relativamente à parte clínica.

Deste modo, muito embora as reuniões sejam um momento para discussão dos casos dos doentes de todas as vertentes, de forma a cuidá-lo holisticamente, a estrutura das reuniões incentiva mais à participação dos clínicos. De facto, constata-se que são apenas os médicos e os alunos de medicina que participam por estrutura da reunião. Mesmo assim, os médicos foram o grupo ocupacional que participou em maior número de ocasiões, seja quando solicitados (12 participações), seja espontaneamente (37 participações). Assim, embora a reunião seja multiprofissional e se incentive a participação de todos os elementos, as reuniões são tendencialmente clínicas, tanto que decorre da própria estrutura da reunião, em que são sempre os médicos ou os

alunos de medicina a apresentar o doente. É de referir que este facto, todavia, não é contestado. No entanto, esta estrutura pode não ser facilitadora da intervenção dos profissionais não médicos na reunião, o que poderá originar a perda de importantes trocas de experiências que poderiam ser promotoras da partilha e reflexão de todos os profissionais e, conseqüentemente, da sua formação.

- o grupo ocupacional enfermeiros participou em 8 ocasiões quando solicitado e em 7 ocasiões espontaneamente;
- a assistente social quando solicitada participou em 6 ocasiões e espontaneamente em, apenas, 4 ocasiões;
- a farmacêutica e a dietista apenas participaram 2 vezes quando solicitadas e a psicóloga 1 vez;
- espontaneamente participaram em 1 ocasião a farmacêutica e a psicóloga. A dietista nunca teve uma participação espontânea (pode dever-se ao facto de fazer parte da equipa há muito pouco tempo).

Ao observarmos o conjunto de dados verificamos que:

- os participantes das dez reuniões podem ser divididos em grupos distintos dependendo da sua pertença à equipa e ao nível de formação. São eles:
  - ✓ Estagiários<sup>6</sup> de medicina do 5º ano de licenciatura, do Internato Geral e do Internato Complementar; de Enfermagem do 3º ano de licenciatura; de Psicologia do 5º ano de licenciatura; de Farmácia do 5º ano de licenciatura.
  - ✓ Profissionais<sup>7</sup> — médicos; enfermeiros; assistente social; psicóloga; farmacêutica; fisio-terapeuta; dietista.
- durante as dez reuniões houve, por vezes, ausência de alguns dos seus participantes por motivos vários. Os indivíduos que tiveram uma presença constante foram: a enfermeira chefe e a enfermeira graduada. A enfermeira graduada é a investigadora pelo que esteve permanentemente presente nas reuniões. Durante as reuniões encontraram-se poucos enfermeiros porque ao trabalharem em horário rotativo, dificultou a sua presença. De facto, estão apenas no serviço

durante o turno da manhã três enfermeiros na prestação de cuidados directos, a enfermeira chefe e o enfermeiro responsável. Como a enfermeira chefe se ausenta para ir à reunião, torna-se complicado que todos os outros elementos da equipa de enfermagem se ausentem do serviço, devido à necessidade permanente de cuidados ao doente. Perante estes constrangimentos, é indispensável que as enfermeiras que participam nas reuniões transmitam posteriormente aos restantes elementos da equipa de enfermagem os assuntos abordados durante as reuniões, já que a actuação destes profissionais junto do doente e família, tendo em conta o cuidado ao doente holisticamente, depende das estratégias definidas em equipa multiprofissional.

- o director de serviço (o Professor) foi o dirigente das reuniões. Os profissionais que participaram em maior número em todas as reuniões foram os médicos, o que não é de estranhar dado que, apesar desta ser uma reunião de equipa multiprofissional, são os médicos que apresentam os doentes. A estrutura da reunião demonstra pois a tendência de abordagem dos aspectos mais clínicos, em detrimento, talvez, de uma abordagem mais holística;
- as solicitações do Professor durante as reuniões foram essencialmente para os enfermeiros e para a assistente social.

#### TEMAS EMERGENTES NAS REUNIÕES

##### *Situações com grande potencial formativo*

O tema *situações com grande potencial formativo durante as reuniões* surge em todas as reuniões e ocupa a maior parte do tempo de cada uma. Este tema refere-se às situações que ocorreram durante as reuniões e que, por levarem à interacção e discussão dos profissionais que nelas participam, são portadoras de um grande potencial de formação. Algumas destas situações surgem relacionadas com o doente e outras não são relativas ao doente. Por outras palavras, quando o médico faz a apresentação do doente do ponto de vista clínico, todos os elementos da equipa seguem atentamente esse discurso, reflectindo sobre o mesmo. Depois, seja *espontaneamente* ou *quando solicitado* os outros elementos intervêm com questões e sugestões que estimulam a interacção e a participação dos seus pares. Esta participa-

ção é feita após uma reflexão e um processamento dos assuntos abordados e tem por base a formação e a experiência pessoal e profissional prévia dos técnicos de saúde. O grande potencial formativo das reuniões baseia-se essencialmente na discussão que leva ao processo reflexivo individual e colectivo dos profissionais e a sua consequente integração de conhecimentos (Kolb, 1984).

As reuniões desenrolam-se em torno de *situações relativas ao doente*, já que este é o sujeito de cuidados. Ao revermos os assuntos tratados denota-se a carga multiprofissional destas reuniões e o consequente cuidado ao doente como um ser holístico. Estes assuntos assentam na apresentação do doente em que é exposta a sua história clínica, a medicação e os exames efectuados, as intervenções e os aspectos psicológicos, sociais e de enfermagem, assim como os tratamentos. Tudo isto é potencialmente formativo, pois estas intervenções promovem a interacção e discussão dos profissionais sobre o caso, levando a uma reflexão individual e em grupo e, consequentemente à construção de conhecimento. Este processo refere-se à aprendizagem experiencial proposta por Kolb (1984), conforme descrito.

Seguem-se as *situações com grande potencial formativo relativas ao doente* durante as reuniões. Serão apenas apresentados alguns extractos das observações participantes (OP).

A *história clínica do doente* remete-nos para o inter-relacionamento dos antecedentes do doente com a clínica actual e estes são o ponto de partida para a discussão dos casos pelos profissionais, colocando hipóteses de diagnóstico, terapêuticas e intervenções. A história clínica de cada doente, com excepção das altas ou algum caso social permanente, é apresentada em todas as reuniões. Como exemplo segue-se o excerto de uma das OP (Observações Participantes): “A Dr<sup>a</sup> S apresenta o doente da cama 4. Esta explica o caso clínico do doente e porque está a fazer aquela medicação, os meios auxiliares de diagnóstico pedidos e os resultados obtidos” (OP1).

A *medicação* surge da discussão sobre a medicação ideal a ser utilizada em determinado caso e porquê.

A discussão sobre os exames imagiológicos (Radiografia do tórax, TAC, REM) efectuados ao

doente e a sua pertinência do ponto de vista do diagnóstico e tratamento faz emergir o assunto *exames imagiológicos*, que pode ser constatado nos seguintes excertos de reuniões: “A Radiografia é colocada no retroprojector e o Professor pergunta: ‘Onde descreve a pneumonia?’”. A Dr<sup>a</sup> C responde que é à esquerda e o Professor continua: ‘Os mais novos têm mais dificuldades em ver devido à imagem cardíaca que se sobrepõem mas vê-se assim...’. Aponta para a imagem de radiografia projectada na parede e explica como se vê a pneumonia na Radiografia dizendo que são as partes mais brancas” (OP3).

Pareceu-me importante diferenciar os *exames de sangue* dos restantes pois surgem muito frequentemente, no decorrer das reuniões, como exames imprescindíveis e cruciais e que promovem a discussão sobre o diagnóstico e projecção do tratamento a efectuar.

O assunto *intervenções cirúrgicas* está relacionado com a necessidade de certas cirurgias aos doentes, sua pertinência e benefícios/riscos para o doente.

Os assuntos *aspectos sociais*, *aspectos de enfermagem* e *aspectos psicológicos* emergem isoladamente pois embora não surjam com tanta frequência durante as reuniões como os outros, quando surgem causam grande discussão, reflexão e questionamento promovendo a interactividade entre os profissionais. Porém, estes assuntos estão subjacentes a todo o discurso dos profissionais pois nota-se uma preocupação em cuidar do doente como um ser holístico. Constata-se pelos seguintes excertos: “A Dr<sup>a</sup> G apresenta o doente da cama 14 e diz que é um caso social complicado e que já tem alta clínica há alguns dias. Diz que a família está a procurar um local para colocar o doente e que esse local precisa de apoio de Enfermagem, já que é um doente traqueostomizado. A Assistente Social refere que a família não conseguiu vaga onde foi procurar e que o doente poderia ir para casa. A enfermeira P intervém e refere que o doente não pode ir para casa pois necessita de aspiração e que, mesmo que se fizesse o ensino à família, além de ser complicado tem grandes riscos. O Prof. diz que tem de escrever uma carta à administração relativamente ao caso deste doente e informa que a administração quer aumentar a taxa de ocupação com a diminuição do tempo de internamento, mas com a selecção feita no HSM isso é difícil” (OP1).

Os *tratamentos* surgem perante sugestões do Professor acerca de tratamentos novos que o doente poderia beneficiar. É potencialmente formativo já que o Professor dá a conhecer aos profissionais novos tratamentos de que se dispõem.

As *situações com grande potencial formativo não relativas ao doente* surgem principalmente a partir da intervenção do Professor que incentiva os profissionais, conduzindo-os à pesquisa de novos temas e à abertura de horizontes de aprendizagem. Tem um grande potencial formativo já que este incentivo a leituras, o pedido de trabalhos de investigação e de pesquisa é o ponto de partida para o aprofundar de conhecimentos, de reflexões e de autoformação. Segue-se uma explicação sobre cada assunto e alguns excertos das OP.

As *sugestões de investigação* surgem devido aos pedidos do Professor aos colaboradores para realizarem alguns trabalhos de investigação sobre temas actuais e importantes para o desempenho da sua profissão com qualidade. São impulsionadores da pesquisa, da reflexão e do aprofundamento de conhecimentos com frutos a médio prazo.

As *sugestões de leitura* emergem várias vezes durante as reuniões pois o Professor aproveita quase todas as questões para incentivar a leitura de novos artigos, de artigos de investigação, de revisão e de livros importantes. Este incentivo pode levar à leitura de cada profissional, à reflexão e consequente autoformação. Algumas vezes o Professor pede para alguém ler um artigo e fazer a síntese.

A *medicina no tempo* corresponde a ocasiões das reuniões em que o Professor e o chefe de serviço fazem alusão e comparam o tipo de procedimentos de hoje com os que se utilizavam há uns anos atrás. Estas intervenções são potencialmente formativas pois podem levar à reflexão dos profissionais relativamente à história de determinado tratamento, o que permite compreender melhor o presente e o futuro da medicina. Como exemplos temos os seguintes excertos das observações participantes: “O Professor diz: ‘Quero recordar que antigamente nos hospitais civis fazia-se uma mistura de água com álcool que era eficaz na privação alcoólica’. O Drº SF interrompe dizendo: ‘Também se dava álcool com canela...’ Todos riem” (OP5).

As *sugestões de reuniões clínicas* emergem da alusão aos dias e horas da realização destas e do

incentivo do Professor para os profissionais assistirem. É potencialmente formativo pois esta informação pode incentivar a participação nas reuniões e à reflexão conjunta, com consequente formação para os profissionais.

#### *Situações com pequeno potencial formativo*

Apesar da maior parte destas reuniões se basearem em interações entre os profissionais, em reflexões individuais e conjuntas, num estímulo à autoformação, trazendo a experiência pessoal e profissional dos técnicos para a resolução de novos problemas, nem todas as situações o são assim. Ou seja, existem ocasiões em que há assuntos que não são discutidos, passando-se um pouco à frente. Estas ocorrências foram incluídas no tema *situações com pequeno potencial formativo durante as reuniões*. Este tema refere-se a acontecimentos durante as reuniões que não potenciam a formação por não promoverem a reflexão e a discussão. As situações com pequeno potencial formativo são relativas a assuntos que poderiam ter um grande potencial formativo caso fossem objecto de discussão e de reflexão. Nestas *situações com pequeno potencial formativo relativas ao doente* surgem os problemas sociais, que são descurados enquanto assunto de discussão em equipa, sendo remetidos para posterior resolução pela assistente social. Esta protelação da discussão dos assuntos no seio da equipa, reflexo do ónus clínico das reuniões, não promove a sua discussão, a interação e a consequente reflexão. Estas situações são as *altas sem discussão* que surgem quase sempre que os doentes têm alta, já que os médicos, a maior parte das vezes, apenas dizem que vão dar alta ao doente e não explicam a situação e o caminho clínico percorrido até então. A verdade é que os casos destes doentes são discutidos durante todas as semanas nas reuniões. Todavia, quando têm alta seria útil explicar toda a história do doente até então, já que levaria ao questionamento e à consequente discussão e reflexão, potenciando a formação.

Também o *não aprofundamento dos casos sociais* apresenta pequeno potencial formativo pois em algumas situações não são discutidos os casos do ponto de vista social. Algumas vezes apenas se apresenta o caso e se diz que é um caso social e a assistente social diz que vai resolver mas não discute o plano de resolução. Esta discussão teria grande

potencial formativo no sentido que os profissionais discutiriam o caso social e reflectiriam sobre este em conjunto, e conseqüentemente aprenderiam uns com os outros de forma a adquirirem os instrumentos e conhecimentos necessários à resolução de outro caso idêntico.

*Recusar ver exames* também tem pequeno potencial formativo mas apenas surge uma vez numa OP. No entanto, é importante referir dada a sua singularidade e o potencial formativo que teria caso se explicasse o exame. Assim, no excerto que se irá seguir, o Professor recusa ver o exame dizendo que já viram muitas TAC's (tomografia axial computadorizada), mas desperdiça uma oportunidade com grande potencial formativo, já que um exame nunca é igual ao outro e a sua discussão permite a reflexão e uma potencial aprendizagem. Como exemplo de uma OP: "O Professor interrompe: 'Queríamos depois ver a REM'. A Dr<sup>a</sup> T diz: 'Se quiser ver a TAC?!'. O Professor diz: 'Não. TAC's temos visto, mas as REM's não estamos tão habituados'" (OP8).

Também surgem *situações com pequeno potencial formativo não Relativas ao doente* em que apenas são dadas *Informações* aos elementos da equipa não havendo questionamento, nem discussão nem reflexão.

#### *Aspectos promotores da formação*

Este tema é extremamente importante e relevante surgindo com forte carga durante as reuniões. Refere-se às especificidades do funcionamento das reuniões e dos próprios profissionais que promovem a discussão e a reflexão, potenciando os efeitos formativos. Por outras palavras, a forma como estas reuniões funcionam e como os seus elementos se relacionam com o dirigente e entre si durante as mesmas, assim como os processos de relação que decorrem nas reuniões fomentam a formação dos seus profissionais. Estas especificidades de funcionamento da reunião e a permanente interacção entre os indivíduos que participam naquela sujeita-os a um processo de socialização constante, ou seja, os participantes estão condicionados a permanecer num mesmo espaço, interagindo uns com os outros, aprendendo uns com os outros, sendo em simultâneo sujeitos, agentes e objectos de socialização (Lesne, 1977). Neste tema emergem situações que permitem também ao leitor reflectir

sobre aspectos importantes durante as reuniões de forma a torná-las mais formativas. Refiro-me aos processos que ocorrem nas reuniões como é o caso da descrição das situações, da partilha das experiências, do questionamento e da interacção constantes, do incentivo do Professor à participação dos profissionais da equipa e das sugestões oferecidas pelo Professor como forma de estímulo à procura e à autoformação dos técnicos de saúde. Como aspectos que promovem a formação durante as reuniões acrescento ainda a informalização das reuniões, não só relativamente ao seu funcionamento (o carácter aleatório dos lugares onde as pessoas se sentam, a democraticidade na participação e a distribuição de bolos a meio da reunião), mas também referente aos participantes (as relações entre si) e relativamente ao dirigente das reuniões (a informalização dos seus comportamentos durante a reunião).

#### CONCLUSÕES

A natureza da amostra e o tipo de estudo não permite a generalização dos resultados, nem tão pouco a sua extrapolação para outra população. No entanto, não sendo essa a finalidade do estudo, não posso deixar de salientar a importância do conhecimento profundo do "caso singular" para o conhecimento geral.

As reuniões da equipa multiprofissional de saúde são um espaço comum de partilha, debate e reflexão dos vários profissionais acerca das experiências em contexto de trabalho. Estas reuniões fazem também parte do contexto de trabalho sendo um local potencial de aprendizagens, depreendendo-se um sentido formativo destas reuniões. Ao longo de toda a análise constatei que a riqueza dos discursos, do debate e conseqüente reflexão individual e conjunta do grupo com tomadas de decisão, têm um grande potencial formativo, podendo mesmo dizer-se que são formativas desde que o processo de reflexão seja feito, interiorizado e promotor de mudanças.

Nestas reuniões articulam-se situações de formação não formal e informal. Não formal, porque apesar da finalidade da reunião não ser a formação dos seus participantes, existe uma intencionalidade por parte do Professor e a procura de situações de aprendizagem para os participantes. Informal, na medida em que esta é definida como todas as

oportunidades educativas ao longo da vida do indivíduo, mesmo que este não tenha consciência delas.

Esta análise reforça também a importância e a mais valia da articulação entre a formação formal, não formal e informal na aprendizagem do indivíduo e da incomparável necessidade de formação em contexto de trabalho para os profissionais de saúde. Além disso, também sobressai a necessidade de momentos de partilha e de reflexão entre os profissionais para que cada um destes possa olhar e/ou tornar a olhar e a reflectir sobre a experiência, possibilitando a sua integração e consequente autoformação.

Claramente, ao longo da análise dos dados surgem 3 domínios de aprendizagem: a formação experiencial, a autoformação e a socialização. A formação durante as reuniões é feita de forma experiencial, na medida em que são debatidas as experiências individuais e colectivas do grupo relativamente ao seu trabalho. Reflecte-se individualmente e em conjunto, na tomada de decisões importantes relativamente ao tratamento do doente. As quatro etapas do processo de formação experiencial segundo Kolb (1984) observam-se durante as reuniões<sup>8</sup>. Para que ocorra formação experiencial são muito importantes dois elementos essenciais: a prática e a reflexão. Estes dois elementos estão presentes durante as reuniões já que é efectuada uma reflexão sobre a prática, ou seja, ao serem discutidos os casos dos utentes está subjacente uma discussão da prática profissional

daquele profissional relativo ao cuidado àquele utente. Este debate e reflexão conjunta sobre a melhor prática para dar resposta às necessidades deste utente, são tão importantes na formação dos indivíduos como a sua experiência profissional, pois uma sem a outra não faria sentido.

Além do debate e da reflexão individual e conjunta durante as reuniões também surgem situações de incentivo à pesquisa, leituras e participação em reuniões clínicas. Estas situações podem ser potencialmente formativas pois incentivam os indivíduos à sua autoformação através da apropriação de um conjunto de influências e experiências porque passou, reflectindo acerca destas e fazendo um trabalho sobre si de autoconstrução como profissional e pessoa.

Na reunião também está presente um processo de socialização na medida em que todos os actores são agentes condicionando os outros participantes, objectos, já que são condicionados pelo meio e pelos outros elementos da equipa e, sujeitos, já que se determinam e adaptam-se activamente às exigências sociais do meio (Lesne, 1977).

Assim, as reuniões das equipas multiprofissionais são um dispositivo de formação não formal e informal (com maior ou menor eficácia dependendo do seu funcionamento) na medida em que existem processos de formação experiencial, autoformação e de socialização, já que as reuniões são um espaço de conversa e partilha entre os indivíduos condicionando necessariamente a reflexão e a aprendizagem, mesmo que inconsciente.

1. Exerci Enfermagem durante 8 anos num Hospital de Lisboa. Quando iniciei a minha profissão percebi que sabia muito pouco pois as aprendizagens em contexto de trabalho eram diárias e permanentes. Aquela conhecida frase do famoso Filósofo Grego Sócrates “Só sei que nada sei” adequava-se perfeitamente à situação e, por diversas vezes, pensava nela. Apercebi-me também que esta aprendizagem estava muito dependente do meu contacto permanente com os outros, reforçando a ideia de que aprendemos todos uns com os outros. Não eram raras as vezes que me questionava acerca daquilo que observava à minha volta como se fosse uma espectadora e crítica a assistir a um filme em que também era uma das atrizes. Estas observações e reflexões sobre a minha prática profissional e a sua relação com a dos outros, levaram-me a estudar os processos de aprendizagem dos indivíduos, para tentar perceber em que medida a prática profissional, ao envolver os diferentes actores, se pode tornar numa situação formativa, já que a actividade de trabalho pode ser sempre uma oportunidade de aprendizagem, dependendo a sua riqueza do conteúdo desse trabalho (Pires, 1994).

Neste quadro, ocorreu-me que uma das minhas actividades profissionais semanais, a reunião da equipa multiprofissional de saúde hospitalar do serviço onde desempenhava funções (Serviço de Medicina), poderia ser uma actividade formativa. Assim pareceu-me importante fazer um estudo acerca da formatividade das reuniões da equipa multiprofissional de saúde. Penso que esta problemática e este trabalho, além de interessantes, são pertinentes pois colocam a questão e promovem a reflexão acerca do carácter formativo das reuniões da equipa, desvendando uma nova perspectiva das reuniões da equipa multiprofissional de saúde — o potencial formativo destas reuniões.

2. Nas conclusões, estas etapas serão explicadas e transpostas para a reunião da equipa multiprofissional.

3. Participei em 10 reuniões da equipa multiprofissional do serviço já referido (de 4 de Dezembro de 2003 a 7 de Abril de 2004). A minha presença durante as reuniões não suscitou qualquer barreira por parte dos presentes, uma vez que, fazendo parte

desta equipa desde há cerca de 8 anos, era perfeitamente natural e habitual a minha presença e intervenção durante as reuniões.

4. Esta equipa multiprofissional é constituída pelos seguintes profissionais: os médicos, os enfermeiros, as auxiliares de acção médica, a psicóloga, a farmacêutica, a assistente social, a dietista, a secretária de unidade e a fisioterapeuta. No serviço também trabalham habitualmente: médicos do internato geral e complementar, que vão mudando consoante a duração dos seus estágios; alunos estagiários temporários de medicina do 5º ano; e os alunos de enfermagem de vários anos, que vão mudando conforme a duração dos seus estágios. Todos estes participam na reunião da equipa multiprofissional durante a sua permanência no serviço. Tendo em conta a especificidade do conhecimento exigido aos profissionais da equipa multiprofissional de saúde, não participam nas reuniões da equipa as auxiliares de acção médica nem a secretária de unidade.

5. Devido ao número elevado de intervenientes, a maior parte das reuniões decorreram num pequeno anfiteatro. Aqui, o Professor senta-se num lugar de destaque, na secretária virado para a plateia, evidenciando o seu papel de líder da reunião. Os restantes elementos sentam-se aleatoriamente nas cadeiras com mesa incorporada. No entanto, e apesar desta eventual forma de manifestação de poder pelo Professor, esta disposição em forma de anfiteatro é apropriada para reuniões com muitos participantes (como é o caso) permitindo alguma forma de interacção entre os participantes e prestando-se à colocação de questões (Rego & Cunha, 2000). Também deve referir-se que não existe outro espaço alternativo onde se possa realizar a reunião pelo número elevado de participantes. Assim, a questão do poder parece ser mais uma consequência directa das condições do hospital do que uma vontade explícita dos participantes. De facto, apesar do Professor assumir um lugar na sala que evidencia a sua liderança, os outros lugares são ocupados aleatoriamente, o que demonstra a democraticidade e a abertura dos elementos da equipa uns em relação aos outros.

6. Os estagiários pertencem e trabalham com a equipa durante a duração dos seus estágios.

7. Os profissionais pertencem permanentemente à equipa.

8. Na primeira etapa, o indivíduo empenha-se numa experiência concreta, segundo Aguilár (2005) podem ser experiências pessoais passadas ou actuais, expectativas futuras, dilemas e confrontos problemáticos. Transpondo para a reunião da equipa multiprofissional, consideramos que a explicação de toda a história do utente e a apresentação dos seus problemas e as expectativas futuras relativamente à sua evolução clínica é essa experiência concreta proposta por Kolb (1984). Na segunda etapa (observação reflexiva), o sujeito "... analisa os elementos da situação que vivenciou, compara-os com os dados das experiências anteriores..." (Cavaco, 2002, p. 36). Durante as reuniões, e após a apresentação do doente, os profissionais questionam, partilham opiniões e reflectem, evidenciando a observação reflexiva proposta por Kolb (1984). Na terceira etapa (conceptualização abstracta) a análise efectuada anteriormente permite ao indivíduo a "...descoberta de conceitos e princípios gerais..." (Cavaco, 2002, p.36). Durante as reuniões e após o debate e a reflexão dos profissionais, normalmente o Professor, faz uma síntese do debate e da troca de opiniões, caracterizando-se pelo estabelecimento de um tronco comum de ideias. O sujeito na quarta etapa (experimentação activa) faz "...uso dessa experiência nas vivências futuras, permitindo o início do processo de aprendizagem, com a repetição da primeira etapa e assim sucessivamente" (Cavaco, 2002, p. 36). De facto, durante as reuniões são apresentados os casos, reflecte-se e conceptualiza-se sobre uma acção e experiência prévias dos profissionais, possibilitando a posterior aplicação prática dos conhecimentos e experiências reflectidas.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILAR, L. (2005). *Modelo de Aprendizagem Centrado na Experiência*. Consultado em Maio de 2005 em <http://216.239.59.104/search?q=cache:bdpktuu6xdsj:www.teiaportuguesa.com/metodocentradonaexperiencia.htm+modelo+da+aprendizagem+experiencial+de+Kolb&chl=pt-pt>
- BONVALOT, G. (1991). Éléments d'une définition de la formation expérientielle. In Bernadette COURTOIS & Gaston PINEAU (eds.), *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française, pp. 317-325.
- CABRITO, B. (1999). *Formações em alternância: conceitos e práticas*. Lisboa: Educa.
- CANÁRIO, R. (1994). Centros de Formação das Associações de Escolas: Que Futuro? In A. AMIGUINHO & R. CANÁRIO (orgs.), *Escolas e Mudança: O Papel dos Centros de Formação*. Lisboa: Educa, pp. 13-58.
- CANÁRIO, R. (1998). A escola: o lugar onde os professores aprendem. *Psicologia da Educação* (Puc- S. Paulo), 6, pp. 9-27.
- CAVACO, C. (2002). *Aprender fora da escola — Percursos de formação experiencial*. Lisboa: Educa.
- CHARUE, F. (1992). L'organisation fait-elle apprendre? *Éducation Permanente*, 112, pp. 78-86.
- D'ESPINEY, L. (1997). Formação inicial/Formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In R. CANÁRIO (org.), *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 169-188.
- KOLB, D. (1984). *Experiential Learning*. New Jersey: Prentice-Hall.
- LESNE, M. (1977). *Trabalho pedagógico e formação de adultos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- MALGLAIVE, G. (1990). *Ensinar adultos*. Porto: Porto Editora.
- PAIN, A. (1990). *Éducation informelle. Les effets formateurs dans le quotidien*. Paris: Éditions L'Harmattan.
- PIRES, A. (1994). As novas competências profissionais. *Formar*, 10 (Fev/Mar/Abr), pp. 4-19.
- REGO, A. & CUNHA, M. (2000). A dança das cadeiras ou a dança sem cadeiras. *Dirigir — Revista para Chefias*, IEFP (Nov/Dez), pp. 50-60.
- SOUSA, S. M. S. (2000). Educação, formação e Enfermagem. *Revista de Enfermagem Oncológica*, 4, 15 (Julho), pp. 25-38.