



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências da Saúde



DINÂMICAS E PERCEPÇÕES SOBRE TRABALHO DE EQUIPA:
UM ESTUDO EM AMBIENTE CIRÚRGICO

Maria do Carmo Carvalho Monteiro Abreu Pereira

COVILHÃ

Junho 2010



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências da Saúde



“Dinâmicas e percepções sobre trabalho de equipa:
Um estudo em ambiente cirúrgico”

Maria do Carmo Carvalho Monteiro Abreu Pereira

Orientador: Prof. Dr. Henrique Martins

COVILHÃ

Junho 2010

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Medicina, realizada sob a orientação científica do Prof. Dr. Henrique Martins.

PREFÁCIO

No percurso de luta pela entrada em medicina frequentei outras instituições de ensino, no entanto, foi na Covilhã que encontrei a possibilidade de atingir o sonho de criança, poder servir um dia para apaziguar as dores de quem mais precisa.

Inicialmente sozinha, numa cidade desconhecida, encontrei na Faculdade de Ciências da Saúde, a possibilidade de trabalhar com diferentes colegas durante as tutorias e hospitais construindo, pouco a pouco, relações de amizade e companheirismo que guardo até hoje.

Os trabalhos de grupo foram constantes desde o início, e nem sempre tive oportunidade de escolher os elementos de grupo, o que inicialmente pareceu complicado, permitiu que me adaptasse, ao longo do tempo, a diferentes personalidades com métodos de trabalho distintos.

Encarando que na Medicina o trabalho em equipa é imperativo para colmatar falhas pessoais e que a multidisciplinaridade é indispensável, chego ao fim destes seis anos de curso e sinto-me agora mais capacitada para perceber as vantagens de trabalhar em grupo, percebendo a necessidade de complementar conhecimentos e interdependência das ações na busca de um resultado comum, muitas vezes difícil de atingir.

É com base nesta experiência pessoal e por ter noção da importância do saber ser e estar em equipa que esta dissertação nasce.

AGRADECIMENTOS

Mais do que um trabalho individual, esta dissertação é o resultado da colaboração e contributos de várias pessoas num processo que foi tudo, menos solitário. Por esta razão quero expressar os meus sinceros agradecimentos:

Em primeiro lugar ao Professor Doutor Henrique Martins, por todo o seu saber, pelos seus conselhos e o modo como sempre me apoiou e incentivou e especialmente pela paciência e simpatia com que sempre me recebeu.

À Faculdade de Ciências da Saúde, da qual me orgulho pertencer, agradeço a oportunidade para a elaboração desta tese.

Aos meus pais e irmãos, pelo estímulo e apoio incondicional desde a primeira hora, pela paciência e grande amizade com que sempre me ouviram e sensatez com que sempre me ajudaram.

Ao Hugo, pelas inúmeras trocas de impressões, comentários ao trabalho em execução ao longo destes meses. Acima de tudo, pelo inestimável apoio que preencheu as diversas falhas que fui tendo por força das circunstâncias.

À minha mana Florbela, pelo apoio decisivo neste e em todos os momentos críticos.

Aos amigos, especialmente às minhas companheiras de casa, que sempre me apoiaram e acreditaram num trabalho criado pouco a pouco, que ganhou forma, também, às suas custas.

À Sãozinha, pela ajuda e acompanhamento durante toda a elaboração desta tese.

Agradeço ainda ao Dr. José Manuel Rodrigues e Dr. Mário Nora pelo tempo dispendido e por permitirem acompanhar as suas equipas nas observações e pelo contributo na realização desta dissertação.

Aos docentes, médicos e enfermeiros que prescindiram de algum do seu precioso tempo para responder ao questionário e aos responsáveis organizacionais que autorizaram a realização do estudo, o meu muito obrigada.

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a todos aqueles que acreditaram em mim e fizeram parte de todo o processo de realização desta tese.

“O cirurgião tem o direito a escolher os ajudantes
e o anestesista que quiser..”

ARTIGO 87.º do Código Deontológico

RESUMO

Introdução: O trabalho de equipa parece ser a lógica dominante das organizações de saúde com vista a aumentar a efectividade e melhorar os cuidados prestados ao doente. No entanto, a forma de estruturação das equipas e as componentes relacionais, dentro desta, parece ser, ainda, uma lacuna na literatura actual.

Objectivos: Aprofundar os conhecimentos acerca do trabalho de equipa e a dinâmica das equipas cirúrgicas. Analisar o ambiente do bloco operatório, percepcionando o tipo de relações estabelecidas entre os diferentes membros constituintes e a forma como estas relações influenciam a eficiência e ocorrência de erros dentro da equipa.

Métodos: Estudo prospectivo, transversal, utilizando duas abordagens distintas mas complementares: o acompanhamento (estudo observacional) de duas equipas cirúrgicas de instituições hospitalares portuguesas distintas; e a aplicação de um questionário de perguntas fechadas aos diferentes elementos de uma equipa cirúrgica.

Resultados: O bloco operatório é um sistema organizacional baseado numa lógica de *in-puts*, processos e *out-puts*, sendo que os profissionais integrantes do acto cirúrgico se agrupam como uma verdadeira equipa.

Foram encontradas discrepâncias estruturais entre as duas equipas observadas, bem como diferenças organizacionais entre elas. A equipa estruturalmente fixa e especialista parece ter resultados mais eficientes, com actos cirúrgicos mais rápidos e mais complexos. Equipas *Ad-hoc* parecem demorar mais tempo em certos componentes do acto cirúrgico.

As equipas cirúrgicas parecem ser constituídas essencialmente por duas sub-equipas, uma representativa da área anestésica e outra da área cirúrgica.

Os diferentes membros da equipa cirúrgica mostraram ter um gosto especial em trabalhar em equipas menos numerosas e mais relacionadas, assim como mostraram preferir trabalhar sempre com a mesma equipa.

Mais de metade dos membros mostraram-se insatisfeitos com a colaboração entre médicos e enfermeiros, verificando-se a falta de existência de reuniões para discussão entre os diferentes membros, proporcionando uma falta de informação e avaliação dentro das equipas cirúrgicas.

Segundo a percepção dos diferentes profissionais, ambientes hostis potenciam a ocorrência de erro, sendo as dificuldades nos relacionamentos e a falta de comunicação entre os membros, os motivos mais mencionados pelas equipas.

Palavras-chave: Trabalho de equipa, anestesia, cirurgia, enfermagem, eficácia, colaboração.

ABSTRACT

Introduction: Teamwork seems to be the dominant logic of the health organizations to increase the effectiveness and to improve patients' care. However, the way to organize these teams and also their relational components seems to be a gap in current literature.

Aims: To develop and deepen the knowledge about the surgical team work and also its dynamics. To analyze the surgical environment, by perceiving the type of the relations established between the different members of the team and how the relations established influence efficiency and error occurrence.

Methodology: Prospective and cross curricular study, using two distinct but complementary approaches: the monitoring of two surgical teams from different Portuguese hospitals, and the implementation of a questionnaire of closed format questions to the various members of the surgical team.

Results: The operating room is an organizational system based on a logic of inputs, processes and outputs, in which the members of the surgery cluster together as a team.

We have found not only structural but also organizational differences between the two teams. The expert team, which was structurally fixed, seemed to have more efficient results, with faster and more complex surgical procedures. Ad-

hoc teams seemed to take more time in certain components of the surgical procedure.

Surgical teams seemed to be mainly composed by two smaller specialized teams, being one of them responsible for the anesthesia and the other for the surgery itself.

The members of the surgical team have showed their preference to work in smaller but more connected teams, and also preferred to work with the same team.

More than half of the members showed dissatisfaction with the collaboration between doctors and nurses, having one noticed the lack of meetings for discussion between the two professional groups involved, which created a lack of information and assessment among the surgical teams.

According to the perceptions of the different professionals, hostile environments potentiate the error occurrence, being the difficulties in the relations as also the lack of communication between the members the reasons appointed by the teams.

Key-words: Team work, surgery, nursing, efficiency, collaboration, surgical team.

ABREVIATURAS E SIGLAS

BO – Bloco operatório

EA – Enfermeiro (s) de anestesia

EBO – Enfermeiro (s) do Bloco Operatório

EC – Enfermeiro (s) circulante (s)

EI – Enfermeiro (s) Instrumentista (s)

EqC – Equipa (s) Cirúrgica (s)

HSM – Hospital Sousa Martins

HSS – Hospital São Sebastião

MA – Médico (s) anestesista (s)

MC – Médico (s) cirurgião (ões)

ÍNDICE GERAL

PREFÁCIO	ii
AGRADECIMENTOS.....	iv
DEDICATÓRIA	vi
RESUMO.....	viii
ABSTRACT	x
ABREVIATURAS E SIGLAS	xii
ÍNDICE GERAL.....	1
ÍNDICE DE FIGURAS	4
ÍNDICE DE TABELAS	5
INTRODUÇÃO	6
PARTE I.....	7
DO GRUPO À EQUIPA.....	8
TRABALHO DE EQUIPA.....	10
PARTE II.....	14
EQUIPAS CIRÚRGICAS	15
ESTUDOS DE EQUIPAS CIRÚRGICAS:.....	16
DINÂMICA DAS EQUIPAS CIRÚRGICAS	16
ONDE FALHAM AS EQUIPA CIRÚRGICAS.....	18
APRENDIZAGEM EM EQUIPA.....	21

PARTE III.....	22
OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO	23
METODOLOGIA.....	24
<i>ESQUEMAS OBSERVACIONAIS</i>	26
<i>ELABORAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS</i>	27
<i>ACESSO AO TERRENO</i>	28
PARTE IV.....	29
RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO.....	30
PAPEL DE CADA PROFISSIONAL	33
DINÂMICA DA EQUIPA CIRÚRGICA	38
RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO.....	42
PARTE V.....	48
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
<i>SISTEMA ORGANIZACIONAL DO BLOCO OPERATÓRIO</i>	49
<i>TRABALHO DE EQUIPA</i>	51
<i>ESTRUTURA DA EQUIPA</i>	52
<i>AMBIENTE CIRÚRGICO</i>	56
<i>PERCEÇÃO DO DESEMPENHO DA EQUIPA</i>	57
<i>RESPONSABILIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE CIRÚRGICO</i>	58
LIMITAÇÕES AO ESTUDO.....	59
IMPLICAÇÕES FUTURAS DA INVESTIGAÇÃO	60
CONCLUSÕES	62

BIBLIOGRAFIA	63
ANEXOS.....	67

ÍNDICE DE FIGURAS

<u>FIGURA 1</u>	16
<u>FIGURA 2</u>	42
<u>FIGURA 3</u>	47
<u>FIGURA 4</u>	47

ÍNDICE DE TABELAS

<u>TABELA 1</u>	9
<u>TABELA 2</u>	11
<u>TABELA 1</u>	45
<u>TABELA 1</u>	46

INTRODUÇÃO

O mundo de hoje está mais competitivo e os gastos em saúde nunca foram tão elevados, assim como a pressão para que as organizações de saúde sejam mais competitivas. Na busca de resultados, cada vez mais positivos, a necessidade de trabalhar em grupo como forma estratégica de atingir objectivos globais, exige, por isso, a máxima performance das suas equipas.

A passagem da acção individual para o trabalho de grupo traz grandes implicações. Actualmente, podemos identificar vários grupos de trabalho, nas mais diferentes situações. Alguns conseguem tornar-se equipas, outros permanecem grupos.

Nas últimas décadas a transformação do trabalho fez da equipa a “pedra base” de muitas organizações, acreditando-se que esta seria irrefutável para a organização do trabalho, globalizando-a, *work redesign*.^{1/2}

Embora a literatura descreva esta mudança na gestão das organizações como propulsora no aumento da produtividade, melhoria da qualidade, redução hierárquica, no absentismo e *turnover*, existe ainda uma lacuna na investigação empírica que justifique tal generalização.³

Também as organizações hospitalares aderiram à supremacia das equipas, denominadas, neste contexto, como equipas multidisciplinares como modelo de organização do trabalho em saúde, fundamentada na crença de agrupar diversas competências e conhecimentos se atinge melhor eficácia e melhor coordenação. O trabalho de equipa melhora a qualidade nos cuidados prestados.⁴

PARTE I

DO GRUPO À EQUIPA

Moscovici enumerou elementos que permitem distinguir um grupo de uma equipa, estabelecendo vantagens no trabalho em equipa.

A equipa parece perceber a complementaridade, interdependência e o sinergismo das acções dos diferentes elementos, dispondo-se a partilhar objectivos, decisões e responsabilidades, assim como os resultados. Na equipa há mais do que as necessidades meramente individuais, estabelecendo-se claramente objectivos a alcançar em conjunto, construindo-se planos de trabalho e definindo-se, à partida, as responsabilidades.

O fracasso de um elemento, não é apenas isso, mas implica o fracasso de todos, sendo o sucesso individual imprescindível à equipa.

As relações interpessoais são vistas como valorizadoras da comunicação entre elementos, propiciando a disposição para ouvir e considerar as experiências e saberes de cada membro da equipa.

Por fim, é fundamental para a equipa ter objectivos e resultados definidos com desafios constantes, algo que estimule cada membro que a integra a sentir-se como parte de um todo.⁵

É por esta globalização da necessidade de trabalhar em grupo que cada vez mais há necessidade de perceber melhor como se formam as equipas, quais os parâmetros que as influenciam e a dinâmica das mesmas. Tal como Lewis afirmou “Quando os indivíduos se juntam num grupo, algo de novo se cria e este novo

produto deve ser, em si mesmo, alvo de estudo”.⁶ A Tabela 1 tenta sumarizar os elementos essenciais que permitem a um grupo de indivíduos que podem já estar a trabalhar juntos passar a trabalhar em “conjunto” ou seja em equipa. (Tabela 1)

Elementos essenciais que permitem a transformação de um grupo em equipa (adaptado de Moscovici)
Visualização das vantagens do trabalho em equipa, percebendo a complementaridade, a interdependência e o sinergismo das acções
Disposição de partilhar objectivos, decisões, responsabilidades e resultados
Necessidade e capacidade de definir os objectivos e os resultados
Aceitação de um plano de trabalho, definindo a responsabilização de cada membro do grupo
Compreensão de que o fracasso de um pode significar o fracasso de todos e de que o sucesso de um é fundamental para o sucesso de todos
Aceitação de desafios constantes que estimulem cada membro

Tabela 1: Elementos essenciais que permitem a transformação de um grupo em equipa (adaptado de Moscovici)

TRABALHO DE EQUIPA

Alcançar objectivos isoladamente torna-se cada vez mais trabalhoso ou até impossível. A ideia de equipa surge, então, como uma forma de juntar esforços, com resultados positivos desde tempos remotos da história acompanhando o desenvolvimento e a complexidade do mundo moderno.⁷

O trabalho de equipa é entendido como uma forma eficiente de estruturação, organização e de aproveitamento das habilidades humanas, possibilitando uma visão mais global e colectiva do trabalho, ao mesmo tempo que reforça a partilha de tarefas e a necessidade de cooperação no alcance de objectivos comuns.⁸

Wisinski relaciona elementos da dinâmica de uma equipa com a sua interacção e alcance de objectivos, enumerando então, seis elementos essenciais que passo a enumerar: a *participação equilibrada* de todos os elementos e a *responsabilização* de cada membro fazem parte destes seis elementos e são a base de estruturação de uma equipa. Para Winiski, para fazer parte de uma equipa, por vezes, os elementos têm de *renunciar à sua posição pessoal* em prol desta, sendo essencial uma *avaliação* constante, que permita analisar resultados e corrigir lacunas. Tal como Moscovici, Wisinski, fala na responsabilidade de cada membro em manter um *bom relacionamento* dentro da equipa, tentando resolver conflitos pessoais e na consciencialização de que os *erros individuais interferem e atingem toda a equipa*.⁹

Estes parâmetros fazem parte da dinâmica de qualquer equipa, seja qual for a circunstância em que as mesmas actuam. A tabela 2 resume estes elementos. Ao longo deste artigo e particularizando o trabalho de equipa em saúde, especificamente num ambiente cirúrgico, analisaremos o impacto de alguns destes “elementos essenciais” enumerados por Wisinski.

Elementos da dinâmica de uma equipa (adaptado de Wisinski (9))
Uma participação equilibrada
Contributo individual com as suas próprias ideias e competências
A renúncia a uma posição pessoal em prol da equipa
Estratégias e processos de avaliação interna
Responsabilidade de cada um pelo bom relacionamento em equipa
Realização de tarefas

Tabela 2: Elementos da dinâmica de uma equipa (adaptado de Wisinski)

TRABALHO DE EQUIPA EM SAÚDE

O trabalho em equipa parece também ser um dos pilares da organização dos serviços de saúde. As definições de equipas documentadas, em saúde, são relativamente raras, uma vez que a noção de equipa, aqui, se encontra implícita e é uma realidade dada pela multidisciplinaridade.¹⁰

A maioria dos estudos sobre trabalho em equipa, em saúde, apresenta uma abordagem tecnicista, em que o trabalho de cada profissional é mostrado como atribuições, tarefas ou actividades específicas. Assim, a equipa multiprofissional é apresentada como um conjunto de profissionais que operam em diferentes práticas, sobre uma determinada realidade.¹¹

No entanto, na actualidade e segundo a OMS, todos os profissionais de saúde devem ter oportunidade de aprender a trabalhar em conjunto, dando-se tanta importância às competências relacionais, como às instrumentais e cognitivas.¹²

Vários trabalhos de avaliação de equipas em saúde têm chegado à conclusão que mais do que os erros técnicos que afectam o desempenho delas, são as competências não técnicas que mais prejudicam os seus resultados globais, assim como a satisfação de cada membro.

À conclusão de Graça de que as equipas falham, predominantemente, ao nível das capacidades relacionais, por falta de saber ser e estar em grupo, Barbieri acrescenta que, o que dá eficácia a uma equipa é a diversidade dos contribuintes específicos de cada profissão, sempre num clima de respeito, confiança, cooperação e apoio.^{13/14}

PARTE II

EQUIPAS CIRÚRGICAS

Para exemplificar as necessidades de trabalho em equipa, muitos autores têm escolhido estudar EqC, pelo quotidiano do serviço, normalmente repleto de situações que mobilizam toda a equipa e a colocam num clima de intenso stress e grande exigência técnica e pessoal.¹⁵

As EqC são constituídas por, pelo menos, três diferentes sub-grupos profissionais, vindas de diferentes origens, formações profissionais e culturas – médicos cirurgiões, médicos anestesistas e enfermeiros.

Entre os vários constituintes da EqC, os MA, que estudam e proporcionam a ausência e o alívio da dor, quando há necessidade de procedimentos cirúrgicos, são muitas vezes o primeiro elo entre os pacientes e a equipa.

Muitas vezes o MA necessita de expressa, ao doente, a confiança na EqC, sendo por isso imprescindível que este tenha plena consciência da coesão e eficácia da mesma.

A coesão das EqC é, muitas vezes, questionada, relatando-se que os seus membros funcionam mais, como subgrupos especialistas, e menos como parte integrante da grande equipa do BO.¹⁶

ESTUDOS DE EQUIPAS CIRÚRGICAS:

DINÂMICA DAS EQUIPAS CIRÚRGICAS

Helmreich e Schaefer caracterizaram a tarefa da EqC no BO em três tempos: pré-operatório, operatório e pós-operatório. Aqui intervinham quatro equipas: cirurgiões, anestesistas, enfermeiros da área cirúrgica e enfermeiros da área anestésica que posteriormente, se agruparam em duas, equipa anestésica e EqC. Estes autores representam esta interacção e intersecção das quatro equipas, no serviço ao doente, num esquema que o coloca no centro da EqC. ¹⁷

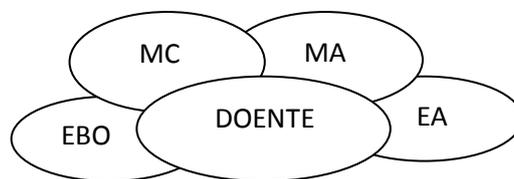


Figura 1: Grupos que interagem e se intersectam no serviço ao doente (Helmreich & Schaefer, 1994).

Ao estudar a dinâmica da EqC, Denison & Sutton (1990) descreveram a formação das mesmas, como um ciclo repetido, vezes sem conta, onde os vários profissionais do BO se juntavam numa nova equipa, que após a realização da intervenção se separavam, sendo que cada uma destas “equipas temporárias” ou *Ad Hoc* era constituída por um MC, um MA, um EI, um EC. ¹⁸

Na tentativa de criarem um modelo dinâmico que explicasse o desempenho da EqC, Helmreich & Schaefer, adaptaram o modelo de desempenho de uma equipa de aviação ao contexto cirúrgico. Segundo esse modelo, o BO é um sistema organizacional numa lógica de *in-puts*, processos e *out-puts*, sendo perceptíveis as influências externas no desempenho e definidas as dinâmicas de grupo que influenciam os resultados.¹⁹

Neste mesmo trabalho, e aplicando o “Operating Room Management Attitudes Questionnaire”, adaptado do “Flight Management Attitudes Questionnaire”, os autores chegaram à conclusão de que, tal como na aviação, os erros do desempenho estão mais relacionados com competências não técnicas, como a comunicação, do que com a capacidade técnica.¹⁷

Também a Organização Mundial da Saúde (OMS), na sua campanha “Safe Surgery Saves Lives” apresenta um *checklist* de segurança do paciente cirúrgico. A aplicação desta lista foi analisada, em alguns hospitais pilotos, com o objectivo de fazer cumprir as normas da OMS e diminuir as complicações cirúrgicas, tendo-se obtidos resultados bastante positivos.

A Surgical Safety Checklist actualizada em 2009, está amplamente disponível e, o objectivo é desafiar globalmente a sua utilização, pela segurança do paciente.²⁰

ONDE FALHAM AS EQUIPA CIRÚRGICAS

Até há relativamente pouco tempo, o desempenho e resultados cirúrgicos eram avaliados, maioritariamente, em função dos pacientes e da habilidade técnica dos cirurgiões. Porém, nos últimos anos, surgiu na literatura uma mudança no conceito das competências, envolvendo uma abordagem a determinantes do resultado cirúrgico que, não sendo directamente relacionados com a capacidade técnica dos MC, se encontram a par da sua destreza manual, como o ambiente e as competências não técnicas do acto cirúrgico.^{21/22}

Estudos empíricos recentes sugerem, que a comunicação dentro da EqC, sendo pobre e ineficaz, causa falhas nas relações interpessoais, aumentando a probabilidade de erro médico e podendo também ser um dos motivos de maior stress no BO, diminuindo o reconhecimento pelo trabalho de cada elemento e a eficácia da equipa.^{23/24}

Durante um estudo sobre “o stress da equipa multiprofissional no BO”, as situações de relacionamento interpessoal foram descritas como geradoras de stress, por todas as categorias profissionais. Como manobras para o desenvolvimento das relações sociais, dentro da equipa, os profissionais dizem necessitar de trabalhar ao lado de pessoas conhecidas, com quem tenham empatia e confiança, criando vínculos semelhantes ao familiar. Quando isto não ocorre, a equipa sente insegurança e falta de confiança, o que pode desencadear stress.²⁵

“Surgical time independently affected by surgical team size”, um artigo que surge no âmbito do trabalho de uma EqC, analisou a dinâmica dentro da mesma, concluindo que, para melhorar a eficácia no BO, as medidas deverão centrar-se na diminuição do número de indivíduos na equipa, no limitar a rotação de pessoal e no melhorar a capacidade de comunicação entre os membros que a compõem.²⁶

Várias destas conclusões dos estudos citados foram elaboradas com base em aplicação de métodos ou escalas de avaliação das competências, não técnicas, de uma EqC, que, apesar de ajudarem a compreender a dinâmica da mesma, ainda se encontram pouco testadas.

Em 1999, num relatório emitido pela IOM (Institute of Medicine), concluiu-se que as falhas sistemáticas na prestação de cuidados de saúde são responsáveis por muitos erros médicos, sendo necessárias estratégias de formação na coordenação, interacção e comunicação dentro das equipas.²⁷

AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) assumiu relevância na segurança do paciente, com base nestes resultados, com objectivo de melhorar a prestação de cuidados de saúde, abrangendo três domínios: a identificação das causas dos erros e lesões na prestação de cuidados, o desenvolvimento de métodos de avaliação e estratégias para diminuição do erro e protecção do doente, assim como, formas de distribuição destes métodos e estratégias globalmente.²⁸

Alguns dos métodos utilizados foram baseados em escalas como “Observational Teamwork Assessment for Surgery” (OTAS), “Operating Room Management Attitudes Questionnaire” (ORMAQ) e “Safety Attitudes Questionnaire” (SAQ).^{29/30}

APRENDIZAGEM EM EQUIPA

Um bom trabalho em equipa está associado a uma melhor satisfação profissional e a um menor tempo de recuperação nos doentes. No entanto, a discrepância nas atitudes, dentro de uma equipa, têm sido fonte de erros no BO e, nesta perspectiva, têm sido implementados programas de avaliação e formação das equipas, com variados graus de sucesso.^{31/32}

Na tentativa de colmatar os erros observados dentro das EqC, e à semelhança do que já se faz para habilidades técnicas, desenvolvem-se situações de teatro, onde são analisadas além das competências técnicas, as competências relacionais e de comunicação.³³

Outras das opções realçadas por diversos autores, no sentido de explorar ideias do grupo e construir um modelo mental comum, trabalhando e treinando as competências necessárias às equipas, tem sido, a criação de um espaço onde os membros da equipa possam juntos, estabelecer estratégias para melhorar dimensões transversais, como a comunicação, liderança, gestão de conflitos e tomada de decisão³⁴

PARTE III

OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

1. Analisar a dinâmica de ambas as equipas, com base na observação e recolha de dados durante o seguimento das equipas cirúrgicas.
2. Comparar as duas equipas e verificar se as diferenças estruturais condicionam, ou não, alterações significativas da dinâmica das mesmas.
3. Aplicar um questionário aos diferentes elementos constituintes das equipas cirúrgica em ambos os hospitais.
4. Analisar a percepção dos elementos sobre o trabalho de equipa e as relações estabelecidas entre os membros que constituem a equipa cirúrgica.
5. Comparar os resultados obtidos em ambos os hospitais.

METODOLOGIA

Para a realização desta tese, o ponto de partida foi uma revisão bibliográfica sobre EqC, tendo sido particularmente focados estudos sobre a dinâmica dentro destas.

Foram consultados documentos oficiais da O.M.S (Organização Mundial da Saúde) e da *American Academy of surgical*, teses, doutoramentos e monografias sobre trabalho em equipa.

Foi efectuada uma pesquisa de artigos publicados em revistas indexadas à PUBMED/MEDLINE, contendo palavras-chave como “surgical team”, “operating room”, “time work”, limitada a artigos com abstract disponível. Nesta pesquisa foram analisados mais de 40 artigos, sendo que o mais antigo remota a 1979 e o mais actual a 2009, nomeadamente, aqueles com o grau de interesse científico e adequação ao propósito desta dissertação.

Tendo em conta as investigações nesta área, foi elaborada uma metodologia mista, que combinou as abordagens qualitativas e quantitativas, numa perspectiva de complementar, a diferentes níveis, o processo de investigação. O desenho do estudo contou, ainda, com uma componente de observação.

A combinação de estratégias (questionários, observação e análise documental) permitiu o acesso a diferentes fontes de dados, para melhor compreensão da realidade a estudar, dada a oportunidade da combinação destes

métodos captar a possível diversidade dos diferentes pontos de vista presentes na EqC.

ESQUEMAS OBSERVACIONAIS

A observação realizada foi do tipo estruturada, tendo por base uma “*check list*” elaborada anteriormente com base na revisão de artigos relacionados com o tema. Além disto, foi realizado também um esquema que permitia registar, ou não, três tipos de comportamentos seleccionados durante as intervenções no BO. (Anexos IV).

O trabalho de campo foi realizado por um só observador que, estando familiarizado com o BO, permitiu que o ambiente se mantivesse mais fidedigno, uma vez que ambas as instituições hospitalares têm por hábito receber alunos de medicina, não tendo sido, na maioria das vezes, perceptível à EqC, o papel do observador.

O observador colocou-se em local privilegiado, tentando captar toda a área da intervenção cirúrgica e respectivos intervenientes, tendo a observação e o registo sido feitos em simultâneo, de acordo com o protocolo. Embora, por vezes, fosse captado algum interesse por parte de membros da equipa, foi sempre mantida a privacidade.

Não foram registadas quaisquer informações detalhadas, precisas ou extensas acerca de conversas, atitudes ou outros comportamentos que saiam fora do âmbito deste trabalho.

ELABORAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

Nos métodos inicialmente estruturados, e por receio de posteriormente faltarem parâmetros de análise, foi elaborado um questionário um pouco alargado, em que as questões fechadas tinham como objectivo analisar a forma como cada membro avaliava a EqC e a sua experiência.

A primeira parte do questionário conteve 42 questões, todas elas fechadas, que tentaram abranger, de vários ângulos, características da equipa e a dinâmica do trabalho.

A escala de resposta foi elaborada em quatro pontos, de A a D, em que A indicaria discordo fortemente, B discordo ligeiramente, C concordo e D concordo fortemente.

As questões analisadas numa escala de quatro pontos, permitiu inibir a tendência para a resposta média, “obrigando” o inquirido a definir uma opinião positiva ou negativa, mesmo correndo o risco de forçar uma verdadeira opinião neutra, numa resposta errada.

Numa segunda questão, foram expostos alguns modelos de estruturação de EpC, pretendendo-se que o inquirido escolhesse o esquema que mais se assemelhava à estrutura da sua própria EpC. Este ponto permitiu verificar qual a estrutura preponderante no hospital e, ao mesmo tempo, comparar com a ideia dedutiva do observador acerca da equipa, aquando da observação. (Anexos V).

ACESSO AO TERRENO

A recolha de dados foi dividida em dois tempos, o primeiro, de carácter observacional, de acompanhamento da EqC durante a sua actividade diária, tendo como suporte uma “*check list*” de observação e, num segundo tempo, e não presencial, a entrega dos questionários aos membros da EqC.

O trabalho de campo decorreu entre Setembro de 2009 e Abril de 2010 em ambos os hospitais, abrangendo diferentes dias da semana, tendo sido observadas cirurgias aleatórias e normalmente com carácter programado em cirurgia geral, não tendo sido determinado, à partida, um número mínimo de observações.

A realçar, o facto de nem todos os membros inquiridos terem feito parte das observações e, claro, por questões de opção, nem todos os observados fizeram parte da amostra inquirida.

PARTE IV

RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO

O BO é o resultado da interacção de duas componentes: uma tecnológica, que compreende as tarefas a serem desempenhadas no ambiente físico, equipamento disponível e uma relacional, que engloba as ligações entre os membros que realizam as tarefas e os diferentes grupos profissionais que interagem dentro do BO para realização da intervenção cirúrgica.

É esta interacção técnico - humana que faz deste sistema, BO, a integração de estruturas, funções e relações que lhe conferem um carácter especial e permite atingir o objectivo que, de forma superficial, é a realização da intervenção cirúrgica.

O BO trabalha, então, numa lógica de sistema aberto ao meio envolvente (comunidade e hospital) de onde chegam uma série de *in-comes*. Depois, e através de um conjunto de actividades que exigem componentes técnicas e humanas, o BO transforma os recursos (*in-comes*) em resultados (*out-comes*).

Os BO estudados, enquanto unidade complexa, integrada num hospital, comunicam e interagem, praticamente com todos os serviços dessa organização que as liga de forma inter-relacional, fazendo do BO um componente de um todo.

No âmbito da prestação de serviços do BO, a tarefa principal consiste na realização das intervenções cirúrgicas, sejam elas programadas (doentes seguidos em consulta e cuja patologia implica um procedimento cirúrgico não imediato), ou

de urgência (doentes cujo estado de saúde implica, necessariamente, uma intervenção imediata). O BO presta, então, assistência aos serviços cirúrgicos como ortopedia, ginecologia, oftalmologia e cirurgia geral entre outros, sendo nesta investigação analisadas apenas as equipas de cirurgia geral.

O BO mantém o funcionamento 24h por dia, sendo que no HSM há uma sala reservada para a cirurgia geral e no HSS existem três salas para o mesmo serviço. Isto ocorre pela diferença na afluência de cirurgias realizadas em ambos os hospitais, já que o contexto das duas instituições é diferente, desde o número de cirurgiões de que dispõem, até à comunidade que serve, sendo o HSM um hospital localizado no interior do país, com uma comunidade abrangente inferior à servida pelo HSS, um hospital mais litoral, que atinge um maior número populacional.

Embora estruturalmente diferentes, ambos os hospitais dispõem de salas onde, além do local para realização da cirurgia propriamente dita, da sala dos lavabos, onde se processa à lavagem cirúrgica e de um local onde se encontra o material a utilizar na intervenção cirúrgica.

Ambos os BO dispõem, ainda, de uma sala de recobro, corredores externos e internos, vestiários com chuveiros e WC, uma área de estacionamento de macas, sala de tratamento de material instrumental, copa, sala de registo e arrecadações de material.

É ao nível da estruturação das equipas que se encontra a maior diferença entre as duas EqC observadas: enquanto no HSS, dentro da cirurgia geral, as

cirurgias são realizadas por equipas especializadas, ou seja, existem equipas especializadas em patologia gástrica, intestinal, biliar, entre outras, no HSM não existe esta distinção, já que as equipas formadas operam aleatoriamente qualquer patologia.

Para a realização das cirurgias, e relativamente aos recursos humanos, cada cirurgia necessita, em média, de dois MC, um MA, um EA, um EC e um EI.

Nem todos estes profissionais pertencem apenas ao BO, apenas os enfermeiros e administrativos, representam o *staff* exclusivo. Os MC (especialistas ou internos) pertencem ao serviço de cirurgia geral, assim como os MA (especialistas ou internos) pertencem ao serviço de anestesia, deslocando-se ao bloco, sempre que necessários à realização de cirurgias. Todos estes profissionais desenvolvem, no BO, um conjunto de funções bem definido, desde funções individuais até comportamentos de elevada complexidade inter-relacional.

PAPEL DE CADA PROFISSIONAL

Enfermagem

Quanto ao dia a dia de cada classe profissional anteriormente mencionadas e, tendo em conta que as actividades das mesmas interferem na dinâmica global da esquipa, alguns aspectos devem ser mencionados.

Algo que diferencia o HSM do HSS, ao nível da enfermagem, é o facto de, durante a maior parte das cirurgias observadas no HSS, os enfermeiros mantiveram-se praticamente fixos, observando-se apenas quatro enfermeiros, que se agrupavam em equipas de dois, em todas as cirurgias acompanhadas. O MC, quando questionado para este facto, explicou que normalmente dois enfermeiros são recomendados para formação numa área cirúrgica específica, ficando mais aptos a acompanhar a equipa médico-cirúrgica nessa área e responsáveis por partilhar posteriormente o conhecimento com outros enfermeiros. Já no HSM, nas várias cirurgias observadas, os elementos da enfermagem são seleccionados para a cirurgia conforme estão, ou não, programadas no decorrer dos seus turnos de trabalho, tendo sido observados diferentes enfermeiros consoante o dia de cirurgias.

Em ambos os hospitais, o tipo de horário atribuído ao enfermeiro não é irreversível, podendo mudar, o que acontece frequentemente, mediante as necessidades da instituição ou interesses próprios.

Médicos Cirurgiões

Quanto aos MC, a dinâmica do serviço é diferente, uma vez que não desempenham unicamente actividades no BO, exercendo também funções ao nível do internamento, consulta externa e urgência.

Os doentes chegam ao cirurgião pela consulta externa ou urgência, são internados, operados e posteriormente acompanhados no pós-operatório, sendo o acto cirúrgico apenas parte do tratamento dos seus doentes. Isto difere da enfermagem, para quem o acto cirúrgico é, muitas vezes, o primeiro e único contacto com o doente.

Outro aspecto relevante da organização das EqC, que as tornam diferentes em ambos os hospitais, é a existência, no HSS, de equipas fixas, estruturadas com dois ou mais cirurgiões e respectivos internos (se existirem), assumindo um dos cirurgiões (em princípio, o mais graduado), a chefia da equipa. Estas equipas, além de perpetuarem no tempo, são também especialistas numa patologia, como já foi referido anteriormente. Esta estruturação permite que cada equipa tenha um dia fixo da semana no BO. A equipa acompanhada tinha a quinta-feira reservada para cirurgias, sendo os restantes dias da semana reservados para o internamento, urgência ou consulta externa. Em algumas alturas, como no caso das urgências, dois elementos de equipas diferentes podem, então, realizar uma intervenção cirúrgica conjunta.

No HSM, as equipas são formadas de forma quase aleatória, numa reunião de serviço, que ocorre normalmente às terças-feiras, onde se define, à partida, quem realizará as cirurgias, com quem e em que dia, conforme a disponibilidade horária dos MC, pelo que, no acompanhamento de um destes, houve oportunidade de se observarem cirurgias com quase todos os restantes MC do serviço.

Médicos Anestésistas

Quanto aos MA, embora o seu trabalho inclua o BO, à semelhança do MC têm outras actividades (consultas, urgências, analgesia na obstetrícia, entre outras).

Ao contrário do MC, o MA não trabalha normalmente em equipa de anestésistas, sendo apenas apoiado por uma EA.

Também aqui existem diferenças ao nível dos hospitais, uma vez que no HSS, durante as cirurgias observadas, um mesmo anestésista, realizou a analgesia na maioria das intervenções.

Foi perceptível à observação, a importância do entendimento entre cirurgião e anestésista para a realização da intervenção, sendo também subentendida, a preferência por trabalhar com um anestésista habituado à área de intervenção.

Relativamente ao trabalho, o MA, no contexto da cirurgia, e à semelhança do MC, inicia o turno por volta das oito horas, aguarda a chegada do doente e MC, induz analgesia, mantém a vigilância durante a cirurgia e termina com a reversão anestésica do doente.

Como se pode verificar, no BO há integração de vários saberes no colectivo da EqC, o que implica que esta seja realizada numa lógica de equipa multidisciplinar.

Uma intervenção cirúrgica é dividida em tarefas desempenhadas pelos diferentes membros da equipa de forma eficiente para que, no final, o resultado desejado seja obtido.

DINÂMICA DA EQUIPA CIRÚRGICA

Uma vez caracterizadas estrutural e funcionalmente as actividades no BO, assim como identificados e caracterizados os membros da EpC, há que definir a intervenção cirúrgica, descrevendo a tarefa global da equipa.

Uma intervenção cirúrgica engloba, então, toda uma panóplia de actividades conjuntas em que participam médicos e enfermeiros numa acção que, embora compartimentada, representa, no todo, a intervenção cirúrgica.

Os intervenientes habituais de todas as EpC são, então, os MC, um MA, os EBO, onde estão incluídos EI e EC e um EA. Neste contexto, podemos falar em duas áreas de saberes: a área cirúrgica e a área anestésica.

Muitas vezes, e consoante o tipo de cirurgia a realizar, esta equipa pode sofrer algumas alterações.

Durante as observações realizadas, tanto no HSS como no HSM, a EqC era constituída, na maioria das vezes, por um ou dois MC especialista ou um interno da especialidade, um EC, um EI, um EA e um MA.

Uma intervenção cirúrgica pode ser dividida em três tempos: uma fase pré-operatória, uma fase intra-operatória e o pós-operatório. Cada uma destas fases tem várias etapas, cujo objectivo é prestar o melhor serviço ao doente e facilitar a organização do trabalho.

A fase pré-operatória ocorre desde que o doente sai do serviço de cirurgia, até à chegada ao BO, sendo, normalmente, feita uma chamada para o serviço, indicando a vinda do doente, que é trazido de maca até ao BO. Aqui, o doente é transferido para a zona esterilizada, onde aguarda a entrada na sala cirúrgica. Já na sala cirúrgica, o doente fica ao encargo do MA, EA e EB para indução da analgesia e preparação do doente.

Nesta etapa, o MA analisa o processo do doente, confirmando os exames e as notas de enfermagem que o acompanham. Normalmente a EA vai administrando medicação necessária, conversando e acalmando os doentes que, muitas vezes, chegam ansiosos.

Quando está tudo preparado para o início da indução da anestesia, o MC é chamado e procede à lavagem cirúrgica das mãos. Ainda nesta fase, os médicos fazem a desinfecção de toda a região cutânea próxima do local de incisão e colocam os campos desinfectados.

A fase intra-operatória inicia-se quando o MA indica ao MC a possibilidade de iniciar a incisão cutânea, iniciando-se a acção cirúrgica, propriamente dita.

É durante o período intra-operatório que todos os membros se mantêm reunidos na sala cirúrgica e interactivam entre si, conjugando tarefas com acções individuais, comportamentos de colaboração e acções interdependentes.

Durante as intervenções observadas foram tidas em conta todas estas fases da intervenção cirúrgica, que decorreram tal como descritas, em ambos os hospitais. Também no período intra-operatório, e baseada no esquema observacional foram analisados os comportamentos individuais, comportamentos de colaboração e acções interdependentes.

Em ambos os hospitais, e após análise dos esquemas elaborados, verificou-se que, as acções individuais ocorriam, predominantemente, nos MC que, da mesma forma, estabelecem comportamentos de apoio bidireccionais muito frequentes, e mesmo interdependentes, com o outro MC ou interno de especialidade. O EI é o elemento que apresenta maior número de comportamentos de apoio unidireccional com MC, estabelecendo comportamentos de interdependência com EC. Os EB raramente estabelecem comportamentos de apoio com MA ou EA e estes últimos, por sua vez, apresentam, entre eles, comportamentos de interdependência e apoio bidireccional muito frequente, sendo raros, mas existentes, comportamentos de apoio de ambos com o MC. Esta análise observacional foi perceptível, mais ou menos, de forma linear em ambos os hospitais.

Finalizada a acção cirúrgica, e com o fecho da ferida operatória, inicia-se, então, o pós-operatório, que inclui a reversão anestésica do doente, o transporte ao recobro e o regresso do doente ao internamento, se nada houver em contrário. Durante este período, o doente permanece sob vigilância de outros profissionais.

Durante a observação, com base numa *check-list*, foram previamente analisados alguns parâmetros relativos ao paciente e à comunicação entre os membros da EpC, essencialmente na fase intra-operatória.

No decorrer das observações, alguns pontos mostraram não ter relevância para o estudo, por representarem um carácter mais técnico, que saía do âmbito deste estudo, pelo que serão realçados, apenas, aqueles com interesse.

Para cada intervenção existiu, sempre, uma sala reservada à cirurgia, onde o procedimento cirúrgico estava agendado e definido, o doente era confirmado e chegava acompanhado com as informações clínicas, notas de enfermagem e exames complementares de diagnóstico. No início de cada cirurgia, o MC certificou-se com o MA para a possibilidade de a iniciar. O MC, ao longo da cirurgia, foi pedindo os materiais necessários ao decurso da intervenção e discutindo o procedimento com o MC assistente. Durante as intervenções cirúrgicas, quase todos os membros permaneceram na sala, exceptuando os MA que, muitas vezes, se ausentavam por períodos. Em ambos os hospitais as cirurgias ocorriam ao som de música e, por várias vezes, foram estabelecidas conversas informais, não tendo sido relevantes as diferenças observadas a este nível.

RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO

Análise da amostra

A amostra foi constituída por 35 elementos de diferentes grupos profissionais do corpo cirúrgico do HSM (7 cirurgiões; 20 enfermeiros de bloco; 5 enfermeiros de anestesistas; 3 anestesistas) com uma média de idades de $41,78 \pm 7,54$ anos. A maioria é pertencente ao género feminino (62,9%), casada (77,1%), trabalha no serviço há mais de cinco anos e não apresenta vínculo a outra instituição (85,7%).

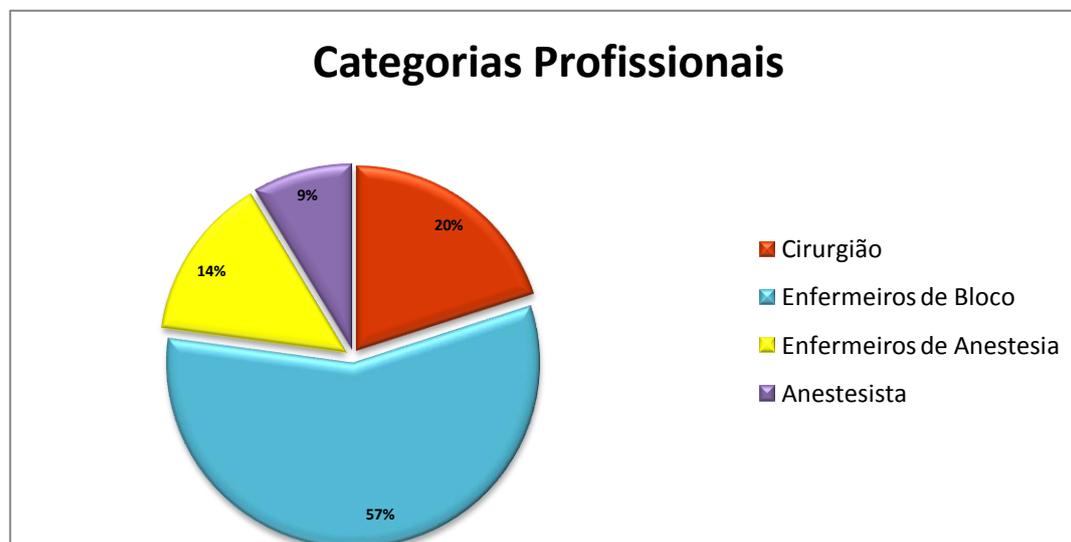


Figura 2: Resultados da análise da amostra em relação às categorias profissionais

Análise dos resultados

Mais de 90% dos inquiridos do HSM (97,1%) afirma gostar de trabalhar como parte de uma equipa, sendo que 77,1% assume funcionar como parte de uma equipa no seu hospital.

Quando aprofundada a constituição da equipa, 60% revela que o número de indivíduos que constitui a equipa condiciona o seu desempenho, revelando que 68,6% da amostra teria um gosto especial em trabalhar em equipas menos numerosas e mais relacionadas.

Nas relações estabelecidas entre os membros da EpC, 94,3% concorda que se estabeleçam relações de amizade dentro da mesma e 91,4% refere as dificuldades nos relacionamentos como um dos motivos de stress dentro do BO.

Embora 80% dos indivíduos encare as relações estabelecidas como fortes, 54,3% afirma não frequentar reuniões informais com os colegas de trabalho e refere (57,1%) não concordar com a comparação da EpC a uma grande família.

Os ambientes hostis e tensos parecem ser propícios ao desenvolvimento de erros médicos para 82,9% da amostra, sendo que a falta de comunicação, além de proporcionar um atraso nos procedimentos e ser um motivo de stress para grande parte da equipa, é considerada, também, como um dos motivos de erro médico dentro da mesma.

Quando questionados em relação à colaboração de trabalho entre médicos e enfermeiros, mais de 60% concordam que esta colaboração não seja boa, sendo que 40% mostra-se mesmo insatisfeito com esta.

Na questão relativa à ocorrência de reuniões prévias a cada procedimento, 77,1% referem que as mesmas não existem, o que parece justificar a elevada percentagem (40%) de membros que afirma não ter acesso a toda a informação necessária para a realização dos procedimentos.

Mais de metade dos inquiridos refere a dificuldade em discutir erros em ambiente do BO (57,1%) e a carência de feedback adequado (54,3%), sendo que 71,4% declara manifesta dificuldade em resolver os desentendimentos e 37,1% sente que não encontra o seu lugar dentro da EpC.

Os inquiridos revelaram na sua maioria, uma preferência em trabalhar com membros mais relacionados (91,4%), mostrando interesse na possibilidade de escolher a sua equipa (80%) e de trabalhar sempre com a esta (65,7%).

De referir ainda que, quando questionados em relação à segurança do paciente e às responsabilidades dentro da EpC, foi possível verificar que embora a maioria (77,1%) concorde que toda a equipa deva assumir a responsabilidade pela segurança do doente, 74,3% dos inquiridos encara o cirurgião como responsável formal pelo procedimento cirúrgico.

Quando questionados sobre como se sentiriam no papel de pacientes se fossem tratados naquele serviço, são 31,4% aqueles que se sentiriam inseguros.

Questão	%			
	Discordo Fortemente	Discorda Ligeiramente	Concordo	Concordo Fortemente
Gosto de trabalhar como parte de uma equipa.	2,9	0,0	17,1	80
Gosto de trabalhar com elementos com quem me sinto mais relacionado	2,9	5,7	31,4	40,0
A falta de comunicação dentro da equipa é motivo de stress	0,0	0,0	17,1	82,9
A falta de comunicação, muitas vezes, pode ser motivo de erros na equipa	0,0	2,9	8,6	88,6
O conceito de uma equipa não funciona no nosso hospital.	31,4	45,7	22,9	0,0
Tenho preferência em trabalhar com certos membros da equipa	0,0	5,7	45,7	48,6
Temos reuniões de discussão antes de cada procedimento	25,7	51,4	17,1	5,7
Temos reuniões informais onde fomentamos as nossas relações pessoais	14,3	40,0	37,1	8,6
As dificuldades de relacionamento são um motivador de stress dentro da equipa	2,9	5,7	40,0	51,4
Dentro da equipa estabelecem-se relações de amizade	0,0	5,7	48,6	45,7
Número constituinte da equipa condiciona o seu desempenho	5,7	34,3	45,7	14,3
Gosto de trabalhar em equipas menos numerosas e mais relacionadas	0,0	31,4	42,9	25,7
Existem relações fortes entre os diferentes indivíduos da equipa	0,0	20,0	40,0	40,0
Sentir-me-ia seguro se fosse doente aqui	5,7	25,7	40,0	28,6

Tabela 3: Resultados percentuais das questões salientadas na análise dos resultados

Questão	%			
	Discordo Fortemente	Discorda Ligeiramente	Concordo	Concordo Fortemente
Antes dos procedimentos tenho acesso à informação necessária	2,9	37,1	37,1	22,9
Trabalhar neste hospital é fazer parte de uma grande família	8,6	48,6	37,1	5,7
Recebo adequado feedback sobre o meu desempenho.	5,7	48,6	40,0	5,7
No Bloco Operatório é difícil discutir erros	2,9	40,0	42,9	14,3
Há equipas nas quais não encontro o meu lugar	11,4	51,4	34,3	2,9
Os desentendimentos aqui são resolvidos adequadamente	8,6	62,9	25,7	2,9
Tenho mais probabilidade em cometer erros em situações tensas ou hostis	0,0	17,1	37,1	45,7
Os médicos e enfermeiros aqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada	5,7	60,0	25,7	8,6
Toda a equipa assume responsabilidade pela segurança do doente	0,0	22,9	48,6	28,6
Cirurgião deve ser o responsável formal do pessoal durante o procedimento cirúrgico.	5,7	20,0	37,1	37,1
A falta de comunicação dentro da equipa provoca atrasos no procedimento	0,0	8,6	31,4	60,0
Estou satisfeito com a qualidade da colaboração entre diferentes membros da equipa	0,0	40,0	54,3	5,7
Agradar-me-ia trabalhar sempre com a mesma equipa	8,6	25,7	54,3	11,4
Gostaria de poder escolher as pessoas com quem trabalho	2,9	17,1	37,1	42,9

Tabela 4: Resultados percentuais das questões salientadas na análise dos resultados

Relativamente ao esquema que melhor identifica a equipa da nossa amostra, 80% dos inquiridos escolhe o esquema C, que coloca dentro da EqC duas sub-equipas dominantes: Uma sub-equipa constituída por médicos anestesistas e enfermeiros de anestesia e outra formada por médicos cirurgiões e enfermeiros do bloco tendo, no entanto, ligações entre os vários grupos profissionais.

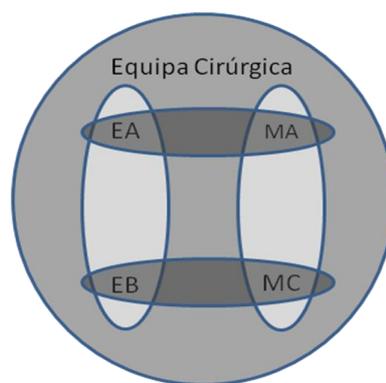


Figura 3: Esquema C dos questionários.

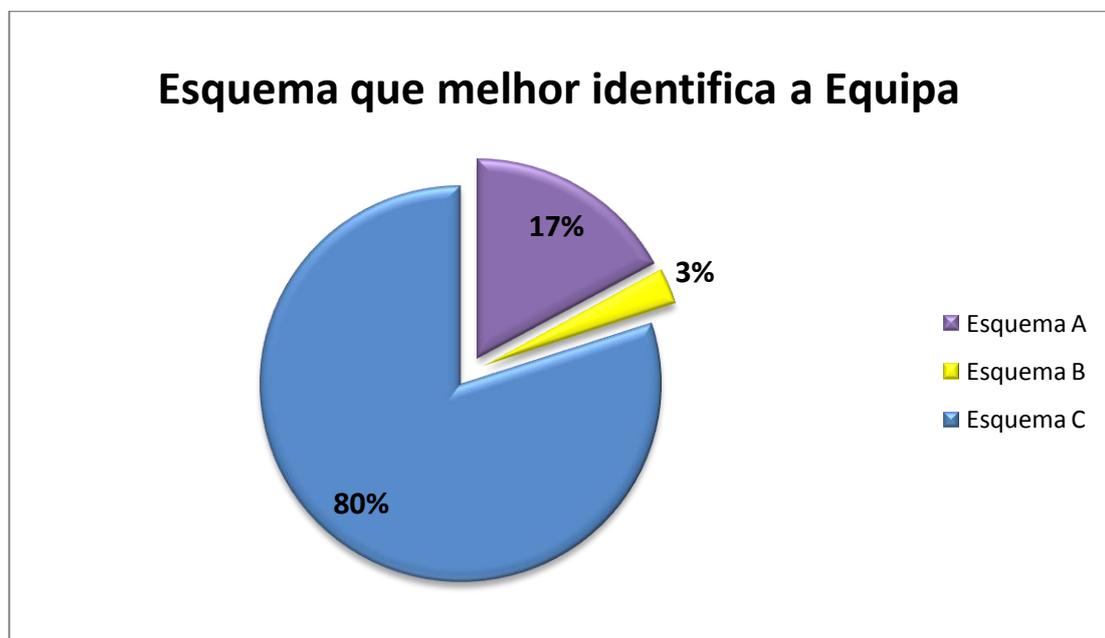


Figura 4: Resultados percentuais do esquema que melhor identifica a equipa em estudo.

PARTE V

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

SISTEMA ORGANIZACIONAL DO BLOCO OPERATÓRIO

O BO trabalha num sistema aberto, não só à comunidade de onde chegam os pacientes encaminhados das urgências ou consulta externa, mas também aberto a outros serviços que muitas vezes apresentam pacientes com pluripatologias que necessitam de intervenções cirúrgicas. Tal como já tinha sido observado por Helmreich e Schaefer, também foi possível identificar esta tendência de o BO poder ser interpretado como um sistema organizacional baseado numa lógica de *in-puts*, processo e *out-puts*.

O BO encontra-se ainda dependente de outros serviços hospitalares, como a farmácia, serviço de imagiologia, muitas vezes necessários a diferentes intervenções cirúrgicas ou mesmo empresas de materiais cirúrgicos extra-hospitalares.

Os *in-puts* necessários ao trabalho do BO passam então, por um conjunto de necessidades técnicas e humanas que, depois de processados, durante a intervenção cirúrgica, sofrem alterações, resultando os *out-puts*, neste caso, o doente operado, os recursos utilizados e a equipa vê o objectivo global atingido.

Embora seja um sistema aberto, o BO é ainda um ambiente difícil de estudar, uma vez que os vários elementos da EqC fazem parte de serviços diferentes, sendo que os MC pertencem, no caso das equipas observadas, ao serviço de cirurgia geral, os enfermeiros ao *staff* do BO e os MA ao serviço de

anestesiologia. A equipa só é estruturada quando todos estes membros se reúnem no BO, não surgindo outros contactos, que não, durante a intervenção cirúrgica.

Quando foi pedida a autorização para o acompanhamento das EqC, para a realização da investigação, verificou-se isso mesmo, tendo sido necessárias autorizações, ao nível do serviço da cirurgia geral, ao responsável do BO e ainda ao serviço de anestesiologia.

TRABALHO DE EQUIPA

Com base nos resultados analisados podemos dizer que o BO é local de reunião de saberes, numa dinâmica de equipa multidisciplinar, onde, mais do que tarefas individuais, são perceptíveis múltiplas acções interdependentes e comportamentos de apoio frequente que, no seu conjunto, fazem dos vários profissionais do BO uma verdadeira equipa.

A maioria dos elementos inquiridos da equipa observada, revela esta noção, permitindo dizer que este grupo é, à luz de Moscovici, uma verdadeira equipa, percebendo a complementaridade, a necessidade de interdependência e o sinergismo das acções, dispondo-se a partilhar informações, responsabilidades e resultados.

O trabalho de equipa eficaz requer vontade por parte dos membros, para colaborar no sentido de um objectivo comum, como é o caso do tratamento seguro, do paciente cirúrgico, criando um ambiente ideal e livre de erros médicos.

O efectivo trabalho de equipa depende da comunicação eficaz junto com a adequação dos recursos necessários e apoio organizacional.

Em suma, o trabalho de equipa requer um reconhecimento partilhado do papel de cada membro, participando com as suas habilidades pessoais em prol da equipa.

ESTRUTURA DA EQUIPA

Quanto a Denison e Sutton (1990), que no seu trabalho descreveram a formação das equipas como ciclo repetido, onde vários profissionais se juntam numa nova equipa que após a realização da intervenção se dissipa para posteriormente se agrupar noutra, pode-se dizer que isto seria mais um exemplo que caracterizaria as equipas ad-hoc encontradas no HSM, mas não no HSS, uma vez que, este último apresenta equipas que são estruturalmente fixas e se propagam no tempo, nunca chegando à dissipação.

Durante uma intervenção cirúrgica, a equipa é constituída maioritariamente, em ambos os hospitais, pelo mesmo número de elementos, ou seja, um ou dois MC, um MA, um EA, dois EBO, entre eles um EI e um EC.

Relativamente ao estudo Helmreich e Schaefer (1994), em que, identificaram quatro sub-equipas, MC, MA, EBO e EA, que posteriormente se agrupavam em duas, área anestésica e área cirúrgica, também durante a observação e pelo questionário do actual estudo, foi perceptível sub-equipas. No entanto, foram mais evidentes, não quatro, mas sim duas sub-equipas, sendo uma constituída pelo MC e EBO e outra pelo MA e EA, com base nas acções interdependente e comportamentos de apoio frequentes entre os membros destas.

Muitos autores, com base neste aspecto, acabam por definir, na prática, equipe cirúrgica, como apenas constituídas por cirurgiões e enfermeiros, no

entanto, e como foi possível analisar, as acções de uns são interdependentes dos outros, ou seja, se para fazer uma cirurgia o MC necessita que o MA anestesie o doente com a ajuda técnica do EA, e que, sem EBO, o MC também não tem os instrumentos necessários para aplicação da técnica cirúrgica, podemos dizer então, que estas duas áreas, cirúrgica e anestésica, formam a grande EpC.

O serviço de cirurgia geral dos hospitais observados apresentam um *staff* de cirurgiões diferente, já que o HSS tem ao seu encargo aproximadamente vinte cirurgiões, o dobro do que foi encontrado no HSM, verificando-se uma falta de recursos humanos por parte deste último para o estabelecimento de equipas fixas, mesmo que vários profissionais mostrassem interesse nisso.

O método implantado no HSS, das equipas fixas, parece trazer resultados em aspectos semelhantes aos mencionados por Denison e Sutton (1990). Parece haver uma maior aproximação entre as equipas médica e de enfermagem, maior confiança e partilha de saberes, o que foi perceptível nas observações. Verificou-se ainda trazer um ganho na autonomia do processo de decisão referente à área de intervenção. Esta especialização dos enfermeiros parece ainda um motivo de satisfação, rentabilizando a sua performance numa área, frente à impossibilidade de dominarem todas as áreas de saber peri-operatória.

Embora tenha vantagens, esta especialização dificulta, por vezes, a elaboração dos planos de trabalho e as possíveis trocas de turnos entre enfermeiros

de áreas diferentes, assim como implica o assegurar sozinhos, longas horas de cirurgias.

Mesmo assim, os médicos dão a entender a sua preferência em trabalhar, sempre, com as instrumentistas especializadas e em pequeno número, havendo a menor rotação possível.

DINÂMICA E EFICÁCIA DAS EQUIPAS

No serviço de cirurgia geral do HSS verificou-se ainda, além de equipas estruturadas e fixas, uma especialização por patologias que à partida fazia com que cada equipa tivesse maioritariamente cirurgias na sua área parecendo mais eficientes no processo, tornando as cirurgias mais rápidas e tecnicamente mais complexas.

Embora o tipo de cirurgias observadas em ambos os hospitais não possam ser comparadas, já que foram diferentes, pode dizer-se que no HSS é de realçar o facto da organização do trabalho permitir que cada equipa tenha um dia fixo no BO, facilitando o trabalho com os mesmos enfermeiros e anestesistas, verificando-se grande cumplicidade entre os diferentes elementos, permitindo que as acções destes se tornassem mecanizadas às necessidades de cada membro, com movimentos harmoniosos por parte do EI sem necessidade de grandes palavras, sendo o acto cirúrgico mais rápido e sem intercorrências dentro da equipa.

AMBIENTE CIRÚRGICO

A maioria das cirurgias observadas ocorre ao som da música, num ambiente tranquilo e descontraído.

As discussões assistidas, que de certa forma proporcionaram situações de stress, foram essencialmente por questões instrumentais, falta de material necessário ou falhas no existente. Estes episódios criam ambientes hostis que segundo os diferentes elementos da EpC, facilitam a ocorrência de erro e proporcionam um aumento do stress.

Por vezes, de forma mais discreta, houve também pequenas discrepâncias entre os diferentes elementos, condicionando a que muitos destes, durante a observação e questionários, mostraram preferência em trabalhar com membros com quem se sentem mais relacionados. Isto é especialmente importante entre os elementos que apresentam maior número de acções interdependentes, como o caso dos MC e EBO ou entre MA e EA.

PERCEÇÃO DO DESEMPENHO DA EQUIPA

Os elementos inquiridos da equipa do HSM parecem ter noção dos elementos base da dinâmica de uma equipa enumerados por Wisinski, ou seja, a maioria destes, afirma gostar de fazer parte da equipa e necessitar de todos os membros para a realização das tarefas, preocupam-se em entender o que se passa dentro da equipa e contribuir com as suas habilidades e opiniões para ajudar a melhorar o desempenho.

No entanto, sabendo que nem sempre é fácil, alguns membros deixam sobressair a necessidade de haver reuniões que facilitem não só a discussão de resultados, mas que permitam estabelecer dentro da equipa relações de amizade, facilitando, a todos os membros, a possibilidade de encontrar o seu lugar dentro da equipa.

Em nenhum dos hospitais observados foi possível encontrar um espaço físico ou temporal, de discussão, onde fosse possível a reunião de médicos e enfermeiros, onde se debatessem procedimentos ou se avaliasse o desempenho da EqC, no seu todo. Todas as reuniões observadas, foram apenas constituídas por MC, sendo que nunca estiveram presentes enfermeiros ou MA.

Tal como em outros estudos, parte da equipa mostrou-se insatisfeita com a colaboração entre médicos e enfermeiros.

RESPONSABILIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE CIRÚRGICO

Não sendo o objectivo desta dissertação, a discussão das responsabilidades e segurança do paciente cirúrgico, revela-se importante reflectir sobre os resultados percebidos pela equipa acerca do tema.

O bom desempenho da EqC trás resultados melhores que permitem um tratamento mais eficiente ao paciente.

A segurança do doente parece ser percebida como responsabilidade de todos os membros da EqC, mesmo que a coordenação do acto seja maioritariamente realizada pelo MC, para quem o acto cirúrgico é só uma das fases do tratamento ao paciente, já que este permanece em seguimento pelo MC, no internamento e nas consultas pós-operatórias.

A percepção de que a equipa funciona e que todos os elementos assumem a responsabilidade, faz com que a maioria destes, se sintam seguros quando colocados no papel de paciente, no seu serviço.

No entanto, como já verificado no relatório da IOM (Institute of Medicine) em 1999, as falhas sistemáticas na prestação de cuidados de saúde são responsáveis por muitos erros médicos, essencialmente por falta de coordenação, interações e comunicação dentro da equipa.

LIMITAÇÕES AO ESTUDO

Após a estruturação dos métodos a utilizar, foi necessário conseguir o acesso ao universo de análise. Inicialmente alargada a seis hospitais, após as respectivas respostas e tendo em conta o tempo de demora das mesmas, a amostra ficou reduzida apenas a duas EqC de dois hospitais, o Hospital Sousa Martins na Guarda (HSM) e Hospital São Sebastião em Santa Maria da Feira (HSS).

Desde o início os problemas de acesso foram-se revelando, primeiro ao nível mais central (o conselho de administração ou direcção) e, depois, na própria disponibilidade dos intervenientes da amostra na resposta aos questionários, tornando-se mesmo impossível a recolha de dados no HSS.

O facto da elaboração desta tese coincidir com o período de estágio, levou a que o tempo disponível para as observações, essencialmente no HSS, fossem de certa forma limitado.

IMPLICAÇÕES FUTURAS DA INVESTIGAÇÃO

Há várias implicações deste estudo, que abrangem diferentes áreas, desde o foro académico, contratação e gestão de equipas hospitalares, aprendizagem e treino das equipas, assim como a própria estruturação do trabalho no BO.

A estimulação do trabalho em equipa, na formação dos profissionais de saúde, durante o ensino académico, pode ser uma perspectiva sem resultados rápidos, mas que no futuro poderá ajudar a colmatar algumas lacunas das actuais equipas, fomentando o saber ser e estar dentro da equipa. Para isso seria necessário facilitar e incentivar, ao nível do curso de medicina e enfermagem, trabalhos de grupo constantes e uma disciplina que permitisse uma análise do comportamento organizacional.

A nível da gestão hospitalar e tendo em vista a melhor eficiência e satisfação profissional, este estudo permite ponderar a possibilidade de estabelecer “equipas fixas” que se perpetuam no tempo, permitindo menor rotação de profissionais e o estabelecimento de melhores relações entre os diferentes membros da equipa. Esta hipótese facilita ainda uma melhor organização e fluidez do trabalho, fixando-se rotinas facilitadoras da gestão no BO.

Ao nível da equipa cirúrgica e sendo esta, o conjunto de profissionais, médicos e enfermeiros, seria mais fácil ter, para cada área cirúrgica, um responsável por todos os elementos, que tendo a sua responsabilidade, médicos e enfermeiros,

conseguisse entender melhor as necessidades da EpC como um todo, promovendo reuniões de discussão e avaliação da equipa.

Neste sentido, com base na falta de reuniões que permitam a discussão e avaliação da equipa, entre os diferentes elementos, mostra-se prioritário estabelecerem-se estratégias que permitam colmatar esta falha, verificada também nas equipas observadas.

Quando as equipas estão formadas, e não há disponibilidade das organizações para lhes alterar a estrutura, existem opções que poderão ajudar o seu desempenho, promovendo-se aprendizagem dentro da equipa.

As estratégias passam pela reunião periódicas, dos vários elementos, para discussão das performances da equipa, eventuais erros e problemas que surjam, assim como a criação de situações de teatro, onde possam ser avaliadas as atitudes da equipa e treinadas as competências, estabelecendo-se estratégias futuras.

A discussão da avaliação do desempenho das equipas continua, e há ainda muita investigação a fazer nesta área, para que se possa chegar a métodos mais fiáveis e estratégias, cada vez mais, ao encontro da equipa eficaz.

CONCLUSÕES

O bloco operatório pode ser estudado como um sistema semelhante a outras organizações, como a aviação, com base em *in-puts*, processos e *out-puts*, dependente de recursos humanos e instrumentais.

Os elementos que compõem o acto cirúrgico trabalham como uma verdadeira equipa e não como componentes de um grupo. Apesar disso as equipas cirúrgicas observadas são essencialmente formadas por duas sub-equipas.

Equipas fixas permitem uma organização do trabalho optimizada e uma melhor coordenação que se revela num menor tempo de intervenção cirúrgica.

Ambientes hostis e tensos parecem ser mais propícios ao desenvolvimento de erros médicos, sendo que, os desentendimentos pessoais entre os diferentes membros são uma das causas de maior stress dentro do bloco operatório.

Existe uma lacuna na colaboração entre médicos e enfermeiros, tornando-se um parâmetro de insatisfação entre os membros da equipa.

Nos hospitais observados não existem reuniões que juntem os diferentes elementos da equipa cirúrgica para discussão de casos ou mesmo avaliação do desempenho da equipa.

O aumento do número de profissionais disponíveis, formação de equipas mais pequenas, com menor rotação e mais relacionadas poderá conduzir a maior satisfação individual, menos tensão e a um melhor desempenho da equipa com maior eficiência e menor ocorrência de erro em medicina.

BIBLIOGRAFIA

1. Stewart G., Barrick M. Team structure and performance: Assessing the mediating role of intrateam process and the moderating role of task type. *Academy of management Journal*. 2000;43(2):135-49.
2. Osterman P. Work reorganization in an era of restructuring: trends in diffusion and effects on employee welfare. *Industrial and Labor Relations Review*. 2000;53:179-96.
3. Glassop L. The organizational benefits of team. *Human Relations*. 2002;55(2):225-49.
4. Ducanis J., Golin A. *The Interdisciplinary Health Care Team. A Handbook*. Aspen Publication; 1979.
5. Moscovici F. Transformação do grupo em equipe. In: Moscovici F, editor. *Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano*. Rio de Janeiro: José Olímpio; 1996. p. 5-25.
6. Kurt L. *La Teoria del Campo en la Ciencia Social*. Barcelona: Paidós; 1988.
7. Adams J. O trabalho em equipe e a criatividade. In: Oliveira M, editor. *Energia Emocional*. São Paulo: Makron Books; 1997. p. 89-101.
8. Motta R. Desempenho em equipas de saúde. In: FGV, editor. *Manual*. Rio de Janeiro; 2001.
9. Wisinski J. *Como Resolver Conflitos no Trabalho*. Rio de Janeiro: Campus; 1994.
10. Vasconcelos E. O desafio da subjectividade e da interdisciplinaridade. In: Vasconcelos E, editor. *Saúde Mental e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; 2002. p. 35-65.

11. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*. 2001;35:103-9.
12. OMS - Apprendre ensemble pour œuvrer ensemble au service de la santé. Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur la formation pluriprofessionnelle du personnel de santé : la formation en équipe. Genève: OMS, 1988 (série de rapports techniques, 769).
13. Graça L. Trabalho em equipa uma nova lógica da organização do trabalho e de participação da gestão *Revista Portuguesa de Saúde Publica*. 1992;10(1):5-18.
14. Barbieri MdCA. Trabalho em equipa: o contributo dos enfermeiros. *Sinais Vitais*. 1997;10:19-22.
15. Castro A, Fidelis R, Donati T, editors. *Trabalhando em Equipe e Trabalhando a Equipe: Limites e Possibilidades da inserção da psicologia na Equipe Multidisciplinar*. Rio Janeiro; 2008.
16. Undre S, Sevdalis N, Healey A. Teamwork in the operating theatre: cohesion or confusion? *Eval Clin Pract* 2006;12:182-9.
17. Helmreich R, & Schaefer H. Team performance in the operating room. In: Bogner IMS, editor. *Human Error in Medicine* New Jersey: Hillsdale; 1994. p. 225-53.
18. Vincent CA, Moorthy K, Sarker SK. Systems approaches to surgical quality and safety: from concept to measurement. *Ann Surg*. 2004;239:475–82.
19. Helmreich R, & David, J.M. Human factors in the operating room: interpersonal determinants of safety, efficiency, and morale. *Balliers Clinical Anaesthesiology*. 1996;10:277-95.

20. World Health Organization. 2010. Safe Surgery Saves Lives [online]. [Acedido em Março de 2010]. Disponível na World Wide Web:<<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/index.html> >.
21. Calland JF, Guerlain S, Adams RB. A systems approach to surgical safety. *Surg Endosc* 2002;16:1005-14.
22. Denison DR, Sutton RI. Operating Room Nurses. In: J.R.Hackman, editor. *Groups that work and that don't* San Francisco: Jossey-Bass; 1990. p. 293-307.
23. Lingard L, Whyte S, Espin S. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qualitative Safety Health Care*. 2004;13:330-4.
24. Markary M, Sexton JB. Operating Room Briefings and Wrong. *Surgery Journal of the American College of Surgeons*. 2006;204(2):236-43.
25. Caregnato R, Lautert. L. The stress of the multiprofessional team in the operating room. *Revista brasileira enfermagem*. 2005.
26. Cassera M, Zheng B, Martinec D. Surgical time independently affected by surgical team size. *American Journal of Surgery* 2009;198(2):216-22.
27. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system*. A report of the Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press;2000.
28. Agency for Healthcare Research and Quality. 2010. *AHRQ's Patient Safety Initiative: Breadth and Depth for Sustainable Improvements* [online]. [Acedido em

Fevereiro de 2010]. Disponível na World Wide Web:
<<http://www.ahrq.gov/qual/pscongrpt/psini3.htm>>

29. Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL, et al. Frontline assessments of healthcare culture: Safety Attitudes Questionnaire norms and psychometric properties. Technical report 04-01. The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice AHRQ grant no. 1P01HS1154401.

30. Helmreich RL, Merrit AC, Sherman PJ, et al. The flight management attitudes questionnaire (FMAQ). Austin, TX: University of Texas NASA/UT/FAA; 1993:93_94.

31. Posner B, Randolph W. Perceived situation moderators of the relationship between role ambiguity, job satisfaction, and effectiveness. Soc Psychol 1979;109:237-44.

32. Kivimaki M, Sutinen R, Elovainio M. Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. Occup Environ Med 2001;58:361-6.

33. Williams M. Teamwork in health care: time for reviews. British Journal of Theatre Nursing. 1998;8(4):19-24.

34. Whyte S. Uptake of a team briefing in the operating theatre: A Burkean dramaturgical analysis. Social Science & Medicine. 2009;69:1757-66.

ANEXOS

ANEXO I – PROTOCOLO DO ESTUDO

Dinâmicas e percepções sobre trabalho de equipa: Um estudo do ambiente cirúrgico

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO TESE DE MESTRADO

Pereira, Maria CCMA.

Aluna do 5º ano da Faculdade de Ciências da Saúde, UBI, Portugal

Introdução

Sendo entendido como uma estratégia concebida pelo Homem, o trabalho de equipa foi-se transformando ao longo dos tempos, com vista a melhorar a efectividade do trabalho e elevar o grau de satisfação do trabalhador. As transformações surgem da importância e complexidade do mundo moderno que exige cada vez mais e melhor das instituições e da necessidade histórica de somar esforços para alcançar objectivos que, isoladamente, não seriam alcançados ou seriam de forma mais trabalhosa e inadequada.

O trabalho em equipa é uma forma eficiente de estruturação, organização e de aproveitamento das habilidades humanas. Possibilita uma visão mais global e colectiva do trabalho, reforça a partilha de tarefas e a necessidade de cooperação para alcançar objectivos comuns¹.

O trabalho em equipa caracteriza-se também como um dos pilares da organização dos serviços de Saúde. As definições de equipas em saúde documentadas são relativamente raras, já que a noção de equipa nas organizações de saúde encontra-se implícita e é uma realidade dada pela multidisciplinaridade. No entanto, Vasconcelos define multidisciplinaridade como um conjunto de profissionais de diferentes áreas trabalhando isoladamente, embora num mesmo espaço institucional, operando simultaneamente diferentes saberes e sob uma coordenação apenas administrativa. Esta definição contrasta com pluridisciplinaridade que ocorre quando as práticas multiprofissionais são agregadas em alguns espaços e tempos de interlocução “científica”, como discussões clínicas e estudos de caso com o objectivo de planear e avaliar acções assistenciais.²

Esta forma não tão clara de estruturação de uma equipa é o que faz alguns autores questionarem e identificarem vários tipos de equipa em saúde. Para Peduzzi³ existem dois tipos de equipa, a de agrupamento, em que ocorre a justaposição das acções e o agrupamento dos agentes e equipa integração, em que ocorre a articulação das acções e a interacção dos agentes.

Uma equipa de agrupamento seria então formada por necessidade, agrupando um conjunto de saberes para um fim num determinado espaço de tempo, que após conclusão dos objectivos se dissipa. Esta é uma noção que alguns descrevem como equipas ad-hoc que na prática podemos encontrar em várias instituições de saúde.

Uma equipa de integração implica então, que perante uma necessidade, tenhamos, não só um conjunto de indivíduos com diferentes saberes a se juntarem,

mas também a integração desses saberes e diferentes experiências para alcançarem uma melhor prática. Exemplo actualmente discutido deste tipo de equipas poderia ser comparado à noção de CoP (Comunities of Praticice) que, segundo McDermott⁴, também podem ser definidas como agrupamento de pessoas que compartilham e aprendem uns com os outros por contacto físico ou virtual, com um objectivo ou necessidade de resolver problemas, trocar experiências, desvendar modelos padrões ou construídos, técnicas ou metodologias, tudo isso com previsão de considerar as melhores práticas.

A escolha de equipas cirúrgicas justifica-se não só pelo interesse pessoal na especialidade, mas também pelo quotidiano do serviço, que normalmente está repleto de situações que mobilizam toda a equipa que conseqüentemente se encontra num clima de intenso stress e grande exigência técnica e pessoal.

Sendo que “ o trabalho de equipa consiste numa modalidade de trabalho colectivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interacção dos agentes”⁵, torna-se cada vez mais pertinente o estudo destas interacções e relações dentro de uma equipa.

Recentes estudos empíricos sugerem que a pobre e ineficaz comunicação dentro da equipa cirúrgica aumenta a probabilidade de erro médico⁶, sendo ainda referido pelos diferentes profissionais, de uma equipa cirúrgica, como um dos motivos de maior stress no bloco operatório.

No âmbito do trabalho de uma equipa cirúrgica, surge um artigo “Surgical time independently affected by surgical team size”⁷ que analisa a dinâmica dentro da equipa cirúrgica, conclui que para melhorar a eficácia no Bloco Operatório, as medidas deverão centrar-se na diminuição do número de indivíduos na equipa, limitar a rotação de pessoal e melhorar a comunicação entre os membros.

Estas conclusões têm implicações importantes na gestão dos recursos humanos, na forma de organização das equipas cirúrgica e claro, na eficiência e produtividade de uma equipa cirúrgica de qualquer instituição de saúde.

Objectivo desta investigação

Este estudo recai sobre a dinâmica do trabalho em equipa e as relações estabelecidas entre diferentes profissionais multidisciplinares. Tentar-se-á comparar as relações entre equipas integradas e agrupadas (segundo Peduzzi) e averiguar como a qualidade dessas relações influenciam os outcomes dos diferentes profissionais e da equipa.

Muitos autores têm tentado criar métodos de avaliação das vertentes não técnicas do acto cirúrgico, sendo ainda difícil de encontrar um que avalie de forma inequívoca todos os parâmetros. Para levar a cabo este estudo irá utilizar-se algumas destas ferramentas adaptadas à essência do trabalho.

Na observação directa da equipa cirúrgica, utilizar-se-á o “Observational Teamwork Assessment for Surgery” (OTAS) e ainda um questionário para aplicação aos membros da equipa cirúrgica, com questões pré-definidas em outros estudos como, ORMAQ (Operating Room Management Attitudes Questionnaire) e Safety Attitudes Questionnaire (SAQ).

Metodologia

Tipo de estudo – Transversal realizado nas diferentes instituições hospitalares.

População-alvo – Equipas Cirúrgicas de duas especialidades: Ortopedia e Cirurgia Geral de várias instituições:

- Portuguesas: Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE, Hospital São Sebastião em Santa Maria da Feira, Hospital Amato Lusitano em Castelo Branco e Hospital Sousa Martins na Guarda.
- Espanhóis: Hospital de Salamanca - “Los Montalvos”, complejo Hospitalario universitario de Santiago de Compostela e Hospital Infanta Cristina em Badajoz

Recolha de informação – Análise documental (base de dados do serviço, tabelas de GDH), Questionários e Observação (Anexados ao protocolo)

Amostragem: a amostra será composta pelas diferentes equipas dos dois serviços, Cirurgia Geral e Ortopedia dos diferentes hospitais.

Variáveis: Relações pessoais e os outcomes

Parâmetros a analisar:

1. Observar directamente diferentes equipas cirúrgicas no decorrer da sua actividade.
 - Atendendo ao ambiente dentro do bloco operatório.
 - Percepcionar diferentes relações dentro de cada equipa cirúrgica.
 - Comunicação entre os diferentes membros da equipa
- Questionar os diferentes intervenientes da equipa multidisciplinar quanto à sua percepção das relações e papeis dentro do grupo.
2. Recolher dados do serviço indicadores de qualidade:
 - Tempo de internamento no serviço
 - Mortalidade
 - Taxas de reinternamento no serviço até às 48h após a alta
 - Incidência de infecções nosocomiais
 - Incidência de complicações iatrogênicas

Possíveis implicações do trabalho:

- Comparar o desempenho do serviço mediante as relações estabelecidas pela equipa cirúrgica
- Saber até que ponto seria vantajoso estabelecer equipas cirúrgicas integradas.

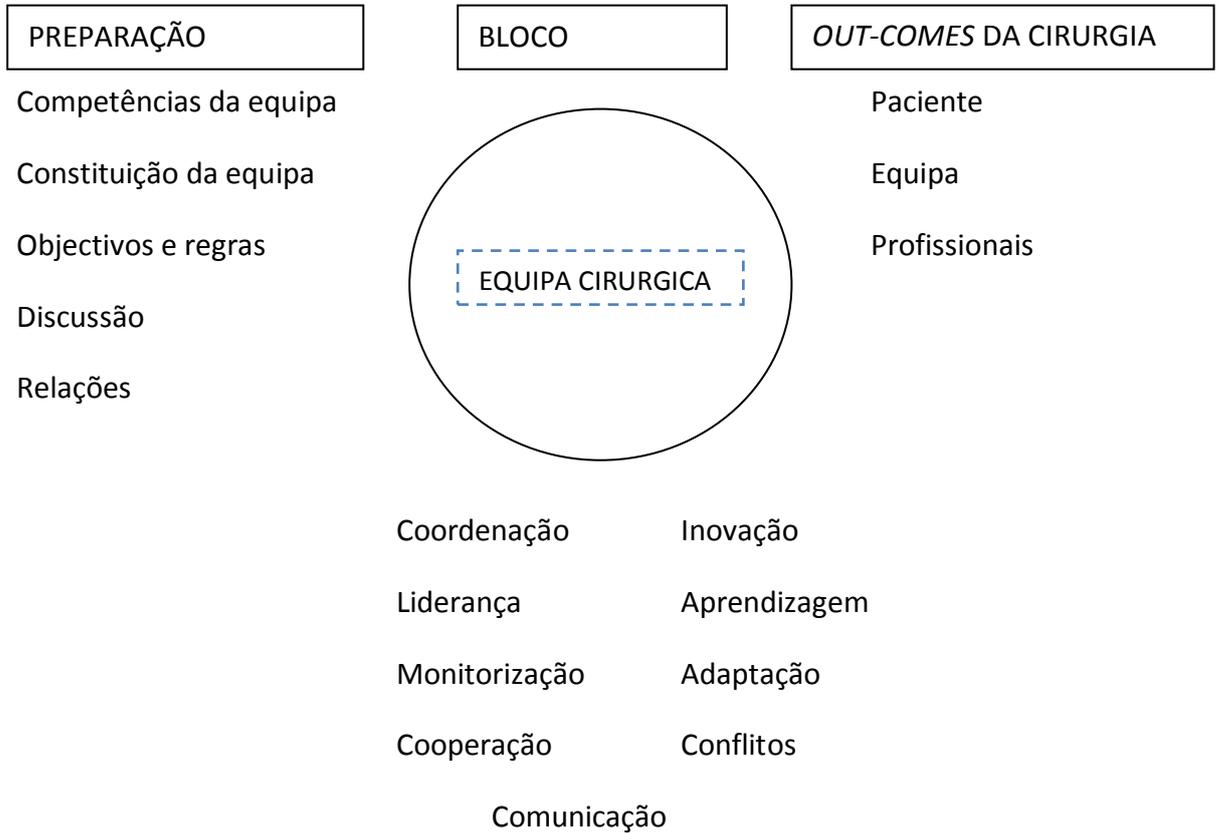
Processo de análise:

Pretende-se comparar o desempenho dos serviços com base nos seus indicadores de qualidade tendo em conta as relações entre os vários intervenientes de uma equipa multidisciplinar cirúrgica.

Confidencialidade e divulgação de resultados

Os dados deste trabalho serão tratados com confidencialidade, cumprindo-se as normas vigentes. Os resultados deste trabalho serão potencialmente publicados, posteriormente ao conhecimento pelo departamento responsável e seguindo as regras de privacidade e confidencialidade. Algumas publicações para onde se prevê que este trabalho possa ser submetido incluem: Revista da Sociedade Portuguesa de Cirurgia; Revista Sociedad española de Cirugía, The American Journal of Surgery

Esquema da Metodologia a aplicar



Análise

PREPARAÇÃO CIRURGICA

- Questionários de análise da preparação cirúrgica (VER ANEXOS para questionário)

Observação

BLOCO OPERATÓRIO

- Método de observação desenvolvido com base no estudo “Developing observational measures of performance in surgical teams” A N Healey, S Undre, C A Vincent; (VER ANEXOS para a check-list de observação estruturada)

	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Pré-operatória	Planeamento e preparação pré-operatória	Paciente é preparado pela anestesia	Paciente preparado para incisão
Intra-operatória	Acesso para o contacto com o órgão alvo	Procedimento cirúrgico específico	Desde a preparação do encerramento até ao fecho completo
Pós-operatória	Reversão da anestesia	Transferência do doente	Avaliação do paciente da sua condição

**ANEXO II - CARTAS DE PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO PARA
REALIZAÇÃO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO**

Exmo. Presidente do Conselho de Administração
Do Hospital _____

O meu nome é Maria do Carmo Pereira e sou aluna de Medicina da Universidade da Beira Interior. No âmbito da minha tese de mestrado, pretendo realizar um trabalho de investigação que tem como objectivo, analisar as relações de trabalho dentro de uma equipa cirúrgica, comparando equipas agrupadas e equipas integradas. Assim proponho-me detalhar essas relações, relacionando-as com o impacto das mesmas nos *outcomes* da equipa.

Venho assim, por este meio pedir autorização a Vossa Excelência, para aplicar um questionário aos membros de equipas cirúrgicas de Ortopedia e Cirurgia Geral, e seguir estes médicos nas suas actividades diárias no vosso hospital segundo métodos detalhados no protocolo em anexo.

Atenciosamente,

Covilhã, ____ de Abril de 2009

Anexo I - Protocolo do trabalho de investigação.

ANEXO III – ALGUNS COMPORTAMENTOS INCLUÍDOS NAS CATEGORIAS: ACÇÃO INDIVIDUAL, COMPORTAMENTOS DE APOIO E ACÇÕES INDEPENDENTES

Comportamentos de colaboração	Acções individuais	Acções interdependentes
Comportamentos verbais (e.g. precisas de ajuda?)	Executar a técnica anestésica Prescrever medicação ou outros cuidados	Entubar e extubação Assistir às necessidades de outro elemento da equipa
Fazer algo que formalmente compete a outra pessoa, acção individual ou interdependente	Lavagem cirúrgica das mãos Preparação da mesa Desinfecção do campo	Antecipar-se às necessidades de outro elemento da equipa
Ir buscar algo para outro utilizar	Colocação de campos cirúrgicos. Providenciar a aparelhos /equipamentos Apoiar no equipamento Monitorizar o doente Puncionar Aspiração de secreções Preparação da medicação Algaliação Entubação nasogástrica	Ligação imprescindível entre a parte estéril e a não estéril Tranquilizar a equipa

ANEXO IV – CHECK-LIST E ESQUEMA DE OBSERVAÇÃO

Procedimento Pré-Operatório	Data	Especialidade	
Tipo de Cirurgia			
Pré- operário			
Intra-operatório			
Pós-operatório			
Hora de chegada do Doente			
Hora de chegada Anestesista			
Hora de chegada Cirurgião			
Início cirurgia			
Fim da cirurgia			
Paciente			
1	Procedimento cirúrgico definido		
2	Acompanhado das notas e Exames de Diagnóstico		
3	Detalhes do paciente encontram-se introduzidos informaticamente		
4	Tempo reservado para a cirurgia		
5	Preparação do doente		
6	Condição da doente monitorizada pela anestesista		
	Equipamento e Disposição		
1	Verificar a presença e funcionamento do equipamento de anestesia		
2	Verificar a presença e funcionamento do equipamento de cirurgia		
3	Material de cobertura do bloco operatório		
4	Verificar o funcionamento de equipamento específico cirúrgico		
5	Batas e Luvas preparadas		
6	Drogas anestésicas preparadas		
	Comunicação		
1	Breve comunicação do cirurgião sobre o processo à equipa		
2	Cirurgião certifica-se com o anestesista para o início da cirurgia		
3	Comunicação do cirurgião sobre os instrumentos necessários		
4	Paciente confirmado verbalmente		
5	Procedimento confirmado verbalmente		
6	Comunicação verbal do cirurgião lateral		
	Incidentes não categorizados		

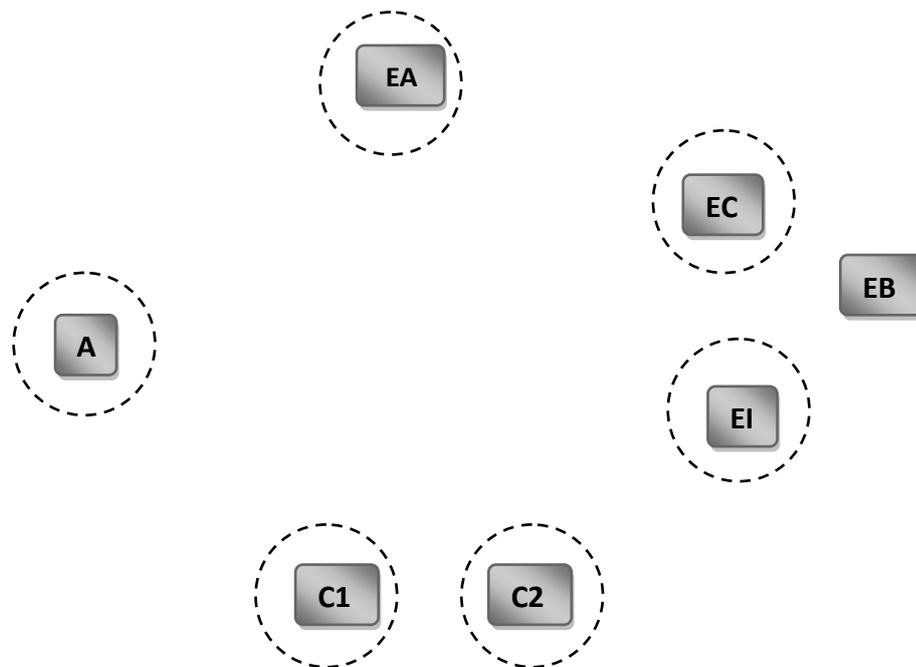
Intra-operatório

	Operação		
1	Paciente encontra-se com o campo cirúrgico montado e pintado com Betadine		
2	O Cirurgião e o anestesista verbalizaram a permissão para o início da incisão		
3	Os materiais eram adequados e suficientes para a cirurgia		
4	As condições do doente foram monitorizadas e verbalizadas à equipe		
5	Verbalizações frequentes entre anestesista e cirurgião		
6	O cirurgião discute os procedimentos com o assistente		
7	A enfermagem apoiava anestesia na monitorização		
8	Há sempre atenção à contagem do material e assepsia do Bloco		
9	A enfermagem apoiava o cirurgião durante os procedimentos		
10	O material de sutura está disponível		
11	Encerramento da incisão cirúrgica		
12	Toda a equipa se manteve presente		

Pós-Operatório

	Pós-operatório		
1	Inversão anestésica		
2	Anestesista verificou a permeabilidade das vias aéreas		
3	Foi verificada a estabilidade hemodinâmica do paciente		
4	Foi tida em atenção a necessidade de antibiótico		
5	O transporte para a sala de recuperação ocorreu sem incidentes		
5	Doente fez-se acompanhar do processo clínico		
6	Na sala de recuperação é dada a informação necessária sobre o paciente		
7	São dadas as informações necessárias sobre medicação a fazer		
8	Os cirurgiões e anestesista estão ao dispor do doente após cirurgia		

ESQUEMA DE OBSERVAÇÃO DAS RELAÇÕES ESTABELECIDAS DURANTE A CIRURGIA



↔ Comportamentos de apoio, bidireccionais e muito frequentes

▬ ▬ ▬ → Comportamentos interdependentes

→ Comportamentos de apoio, unidireccionais menos frequentes

↔ Comportamentos de apoio, bidireccionais menos frequentes

○ Acções individuais (frequência proporcional à intensidade do picotado de preenchimento)

ANEXO V – QUESTIONÁRIOS

“Dinâmicas e percepções sobre trabalho de equipa: Um estudo do ambiente cirúrgico”

Exmos. Srs./Sras.

Médicos e Enfermeiros do Bloco Operatório

O meu nome é Maria do Carmo Pereira e sou aluna de Medicina da Universidade da Beira Interior. No âmbito da minha tese de mestrado, pretendo realizar um trabalho de investigação que tem como objectivo, analisar a dinâmica do trabalho de equipa em ambiente cirúrgico.

Venho assim, por este meio pedir a colaboração a Vossa Excelência, para responder ao inquérito em anexo.

Agradecendo desde já toda a atenção dispensada e disponibilizo-me para qualquer esclarecimento,

M^ª Carmo Pereira
(responsável pela investigação)

Anexo I – Questionário

Sexo: masculino feminino

Idade: ____

Estado Civil: _____

Categoria profissional:

- Cirurgião
- Enfermeira do Bloco
- Enfermeira de Anestesia
- Anestesista

Especialidade: _____

Horas de trabalho: _____

Há quanto tempo trabalha nesta unidade Cirúrgica?

- Menos de 2 anos
- 2 a 5 anos
- mais de 5anos

Possui vínculo a outra instituição: sim não

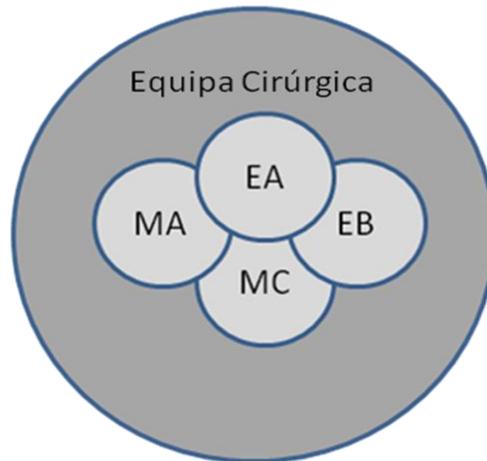
Por favor responda as seguintes questões/items marcando a opção escolhida à sua direita (A. Discordo fortemente B. Discordo ligeiramente C. Concordo D. Concordo fortemente X. Não aplicável)

Avaliação do trabalho de equipa	A	B	C	D	X
Gosto de trabalhar como parte de uma equipa.					
Quando surge um problema na equipa tento identificar o que está acontecer					
Gosto de trabalhar com elementos com quem me sinto mais relacionado					
Dou feedback positivo aos outros membros da equipa					
Comprometo-me com a equipa					
Ajudo aliviar tensões dentro da equipa					
A falta de comunicação dentro da equipa é motivo de stress					
A falta de comunicação, muitas vezes, pode ser motivo de erros na equipa					
Tento ser uma pessoa com a qual os outros irão desfrutar trabalho					
O conceito de uma equipa não funciona no nosso hospital.					
Na equipa partilhamos informações e opiniões					
Tenho preferência em trabalhar com certos membros da equipa					
Temos reuniões de discussão antes de cada procedimento					
Temos reuniões informais onde fomentamos as nossas relações pessoais					
As dificuldades de relacionamento são um motivador de stress dentro da equipa					
Dentro da equipa estabelecem-se relações de amizade					
Número constituinte da equipa condiciona o seu desempenho					
Gosto de trabalhar em equipas menos numerosas e mais relacionadas					

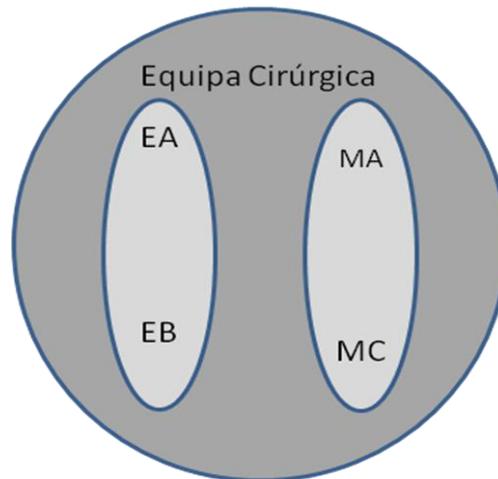
Relativamente à sua experiência	A	B	C	D	X
Existem relações fortes entre os diferentes indivíduos da equipe					
Sentir-me-ia seguro se fosse doente aqui					
Antes dos procedimentos tenho acesso à informação necessária					
Trabalhar neste hospital é fazer parte de uma grande família					
Recebo adequado feedback sobre o meu desempenho.					
No Bloco Operatório é difícil discutir erros					
Há equipas nas quais não encontro o meu lugar					
Os elementos da equipe são suficientes para tratar o número de pacientes					
Gosto de trabalhar numa equipa restrita					
Tenho um papel nas tomadas de decisão no bloco operatório					
Aqui é difícil falar, se me aperceber de um problema na assistência ao doente					
Os desentendimentos aqui são resolvidos adequadamente					
Tenho mais probabilidade em cometer erros em situações tensas ou hostis					
Necessito do apoio dos outros na assistência ao paciente					
É fácil aqui perguntar quando há algo que não compreendo					
Os médicos e enfermeiros aqui trabalham juntos como uma equipe bem coordenada					
Sei o primeiro e último nomes de todo o pessoal com quem trabalho					
Toda a equipa assume responsabilidade pela segurança do doente					
Cirurgião deve ser o responsável formal do pessoal durante o procedimento cirúrgico.					
A falta de comunicação dentro da equipe provoca atrasos no procedimento					
Estou satisfeito com a qualidade da colaboração entre diferentes membros da equipa					
Agradar-me-ia trabalhar sempre com a mesma equipa					
Sinto-me relacionado culturalmente com os membros da minha equipa					
Gostaria de poder escolher as pessoas com quem trabalho					

Qual o esquema que melhor identifica a nossa Equipa:

()



()



()

