

Fonte:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/PM8YPvMJLQ4y49Vxj6M7yzt/?format=pdf&lang=pt>

Atualização

Current Comments

Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia*

Multiprofessional healthcare team: concept and typology

Marina Peduzzi

Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Descritores

Equipe de assistência ao paciente.[#]
Recursos humanos em saúde.
Organização e administração.[#]
Ocupações em saúde.[#] Relações interpessoais. Comunicação. Análise e desempenho de tarefas.

Keywords

Patient care team.[#] Health manpower.[#] Organization and administration.[#] Health occupations. Interprofessional relations. Communication. Task performance and analysis.

Resumo

Apresenta-se um conceito e uma tipologia de trabalho em equipe, bem como os critérios de reconhecimento dos tipos de equipe. O conceito e a tipologia foram elaborados com base na literatura sobre o tema e em uma pesquisa empírica sobre trabalho multiprofissional em saúde, fundamentada teoricamente nos estudos do processo de trabalho em saúde e na teoria do agir comunicativo. Segundo essa formulação teórica, o trabalho em equipe consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. A tipologia proposta refere-se a duas modalidades de equipe: equipe integração e equipe agrupamento, e os critérios de reconhecimento dos tipos de equipe dizem respeito a comunicação entre os agentes do trabalho; diferenças técnicas e desigual valorização social dos trabalhos especializados; formulação de um projeto assistencial comum; especificidade de cada área profissional; e flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica.

Abstract

This paper introduces concept and typology to teamwork as well as criteria to identify types of teams. The concept and the typology were developed based on the literature and research on multi-professional work in healthcare, based in the theory of studies on work process in healthcare and in the theory of communicative action. According to this theoretical proposition, teamwork is a form of collective work characterized by a reciprocal relationship between technical interventions and the interaction of agents. The proposed typology refers to two forms of teams: integrated teams as opposed to groups of people. The criteria to identify the types of team are related to communication among work agents; technical differences and inequality in social recognition of specialized works; formulation of a common care program; specificity of each professional area; flexibility of work division; and technical autonomy.

INTRODUÇÃO

A proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse pro-

cesso tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes.

Correspondência para/Correspondence to:

Marina Peduzzi
Escola de Enfermagem da USP
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
05403-000 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: marinape@usp.br

*Baseado em tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, em 1998. Pesquisa financiada pela Organização Pan-Americana da Saúde (Processo nº HDP/HDR/HSP/RG/BRA/1236). Edição subvencionada pela Fapesp (Processo nº 00/01601-8).
Recebido em 17/11/1999. Reapresentado em 29/6/2000. Aprovado em 5/9/2000.

Na literatura consultada sobre equipe de saúde, observou-se que são relativamente raras as definições de equipe. O levantamento bibliográfico (bases de dados Medline e Lilacs)* mostrou predominância da abordagem estritamente técnica, em que o trabalho de cada área profissional é apreendido como conjunto de atribuições, tarefas ou atividades. Nesse enfoque, a noção de equipe multiprofissional é tomada como uma realidade dada, uma vez que existem profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente, e a articulação dos trabalhos especializados não é problematizada.

Fortuna & Mishima *apud* Fortuna⁴ (1999) identificam três concepções distintas sobre trabalho em equipe, cada uma delas destacando os resultados, as relações e a interdisciplinaridade. Nos estudos que ressaltam os resultados, a equipe é concebida como recurso para aumento da produtividade e da racionalização dos serviços. Os estudos que destacam as relações tomam como referência conceitos da psicologia, analisando as equipes principalmente com base nas relações interpessoais e nos processos psíquicos. Na vertente da interdisciplinaridade estão os trabalhos que trazem para discussão a articulação dos saberes e a divisão do trabalho, ou seja, a especialização do trabalho em saúde. Nessa linha encontram-se, entre outros, os estudos de Campos³ que vêm produzindo reflexão acerca das equipes de saúde como base principal de organização dos serviços de saúde.

A produção teórica sobre equipe permite observar que esta raramente tem sido explorada como realidade objetiva e subjetiva do trabalho em saúde particularmente com base em pesquisas empíricas em serviços. Assim sendo, no presente artigo, apresentam-se um conceito e uma tipologia de trabalho em equipe, bem como os critérios de reconhecimento dos tipos de equipe, elaborados a partir de investigação empírica.¹⁰

Essa citada investigação foi desenvolvida na modalidade de pesquisa qualitativa, e a coleta de informações foi realizada por meio de observação direta e entrevista semi-estruturada em quatro situações distintas de equipes de saúde (enfermaria clínica e unidade de terapia intensiva hospitalares; ambulatório de especialidades gerais; e ambulatório de saúde mental). Tal pesquisa teve por objetivo (a) identificar as evidências empíricas do trabalho coletivo e (b) compreender as relações entre as situações objetivas de trabalho e as concepções dos profissionais de saúde sobre o trabalho em equipe multiprofissional. A análise tomou como referencial teórico os estudos

do trabalho em saúde e a teoria do agir comunicativo de Habermas (1989).⁵

A perspectiva habermasiana, que distingue agir-instrumental e agir-comunicativo, articulada às concepções sobre processo de trabalho em saúde, permite abarcar a complexa dinâmica da ação multiprofissional, contemplando dialeticamente a dimensão estrutural dos arranjos persistentes e cristalizados do trabalho e da racionalidade assistencial, bem como a dimensão dos sujeitos partícipes, expressa na intersubjetividade. Esse referencial teórico mostrou-se consistente no tratamento do objeto de estudo e resultou na proposta de categorias empíricas e conceitos explicativos sobre a equipe multiprofissional, apresentada a seguir. Assim sendo, tanto o referencial quanto as categorias poderão contribuir para futuras pesquisas sobre o tema.

REFERENCIAL TEÓRICO

A utilização da categoria analítica “trabalho”, segundo a vertente marxista (Marx,⁷ 1994), vem pautando os estudos do trabalho em saúde no Brasil e na América Latina. Nessa linha, ressaltam-se, especialmente, os estudos de Mendes-Gonçalves,^{8,9} que investigam a aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde e a conformação dos elementos constituintes do processo de trabalho (objeto, instrumentos e agentes), e os estudos de Schraiber,¹¹ que aprofundam o conhecimento da subtotalidade representada pelo trabalhador no processo de trabalho.

Como elemento do processo de trabalho, o agente é apreendido no interior das relações entre objeto de intervenção, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo de divisão do trabalho. Por meio da execução de atividades próprias de sua área profissional, cada agente opera a transformação de um objeto em um produto que cumpre a finalidade colocada, desde o início, como intencionalidade daquele trabalho específico.

Quanto à divisão técnica do trabalho, deve-se assinalar que, por um lado, introduz o fracionamento de um mesmo processo de trabalho originário do qual outros trabalhos parcelares derivam. Por outro lado, introduz os aspectos de complementaridade e de interdependência entre os trabalhos especializados atinentes a uma mesma área de produção. Há que se considerar, simultaneamente, as dimensões técnica e social da divisão do trabalho, uma vez que toda divisão

*Consultadas as bases de dados Medline, 1993 a 1997, unitermo “patient care team”/history, trends, utilization; e Lilacs, 28 edição, set./1997, unitermo “equipe de saúde”.

técnica reproduz em seu interior as relações políticas e ideológicas referentes às desiguais inserções sociais dos sujeitos.^{2,7}

Habermas⁶ introduz a decomposição do conceito de trabalho em dois componentes, os quais, ainda que interdependentes na prática, são analiticamente distinguíveis e mutuamente irredutíveis: o trabalho, como ação racional dirigida a fins, e a interação. O autor assinala a existência de relação recíproca entre trabalho e interação, não sendo possível a redução da interação ao trabalho ou a derivação do trabalho a partir da interação.

O trabalho consiste na ação racional teleológica, abarcando a ação instrumental e a ação estratégica: a primeira, orientada por regras técnicas, e a segunda, por máximas e valores que buscam exercer influência sobre a definição da situação ou sobre a decisão do outro. Como ação instrumental e/ou estratégica, o trabalho busca o êxito na obtenção de determinado resultado.⁶

A interação refere-se ao agir comunicativo simbolicamente mediado e orientado por normas de vigência obrigatória, que definem as expectativas recíprocas de comportamento e que têm de ser entendidas e reconhecidas por, pelo menos, dois sujeitos. Portanto, é regida por normas consensuais e funda-se na intersubjetividade do entendimento e do reconhecimento mútuo, livre de coação interna ou externa.^{5,6} Habermas⁵ chama de agir comunicativo às interações nas quais as pessoas envolvidas se põem de acordo para coordenar seus planos de ação. Pode-se medir o acordo alcançado, em cada caso, pelo reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade, implícitas em qualquer ato de fala.

Numa atitude orientada para o entendimento mútuo, o sujeito falante ergue, em todos os proferimentos inteligíveis, as seguintes pretensões de validade: (a) a sinceridade ou a autenticidade do interlocutor,

verificadas pela consistência de seu comportamento; (b) a verdade proposicional, que é a verdade das afirmativas ou dos enunciados feitos; e (c) a correção normativa, ou seja, a correção das normas que subjazem aos enunciados feitos.^{1,5}

Nesse quadro interpretativo, que pressupõe a relação recíproca entre trabalho e interação, tem-se, (a) da perspectiva do trabalho, o destaque para o âmbito da atividade ou intervenção técnica, e (b) da perspectiva da interação, o destaque para a intersubjetividade,* que pode ocorrer nos termos do agir-comunicativo, tal como analisado por Habermas. Entende-se que é por meio dessa prática comunicativa, caracterizada pela busca de consensos, que os profissionais podem argüir mutuamente o trabalho cotidiano executado e construir um projeto comum pertinente às necessidades de saúde dos usuários, além de reiterar o projeto técnico já dado, no que se fizer necessário.

Como sujeitos do processo de trabalho, os profissionais exercem autonomia técnica. Esta é concebida como a esfera de liberdade de julgamento e de tomada de decisão frente às necessidades de saúde dos usuários.¹² A utilização do conceito de autonomia técnica na análise do trabalho em saúde procede à medida que não é possível desenhar um projeto assistencial que já seja definitivo e único antes de sua implementação. As variadas autonomias dirão respeito à maior ou menor autoridade técnica, socialmente legitimada e não apenas tecnicamente estabelecida, das distintas áreas profissionais e da correlata amplitude da dimensão intelectual do trabalho.¹²

TIPOLOGIA DO TRABALHO DE EQUIPE

Com base na literatura e no quadro teórico apresentado (Tabela), observa-se a distinção entre as duas noções que recobrem a idéia de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos. A primeira noção é caracterizada pela

Tabela – Critérios de reconhecimento da modalidade de trabalho em equipe: integração ou agrupamento.

Parâmetros	Tipologia	
	Equipe integração	Equipe agrupamento
Comunicação externa ao trabalho		X
Comunicação estritamente pessoal		X
Comunicação intrínseca ao trabalho	X	
Projeto assistencial comum	X	
Diferenças técnicas entre trabalhos especializados	X	
Arguição da desigualdade dos trabalhos especializados	X	X
Especificidades dos trabalhos especializados	X	X
Flexibilidade da divisão do trabalho	X	
Autonomia técnica de caráter interdependente	X	
Autonomia técnica plena		X
Ausência de autonomia técnica		X

*Destaca-se a existência de dois planos de interação dialógica no trabalho em saúde, um referido à comunicação com a população e com usuários e outro à comunicação entre os agentes. É essa intersubjetividade que é tratada, em especial, neste artigo.

fragmentação, e a segunda, pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações de saúde. Entende-se por articulação as situações de trabalho em que o agente elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas.

Com base nessa distinção, construiu-se uma tipologia referente a duas modalidades de trabalho em equipe: equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes, e equipe integração, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes (Figura).

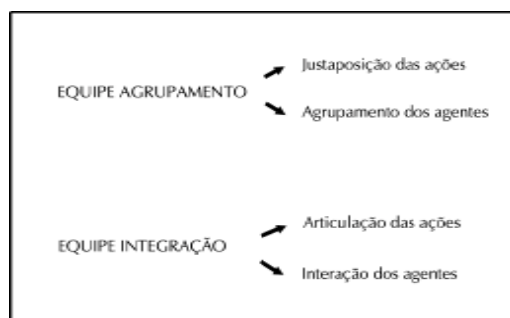


Figura - Tipologia do trabalho em equipe.

Em ambas, no entanto, estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído a esses distintos trabalhos, operando a passagem da especialidade técnica para a hierarquia de trabalhos, o que torna a recomposição e a integração diversas do somatório técnico. Também, em ambas, estão presentes tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções quanto a independências dos trabalhos especializados ou a sua complementaridade objetiva.

Nesse sentido, a recomposição requer a articulação das ações, a interação comunicativa dos agentes e a superação do isolamento dos saberes. A seguir estão descritos os critérios que podem auxiliar no reconhecimento das equipes de trabalho enquanto pertencentes a uma modalidade ou outra. Ou seja, o que caracteriza uma equipe integração ou uma equipe agrupamento (Tabela).

Comunicação entre os agentes do trabalho

Todos os sujeitos entrevistados na pesquisa empírica,¹⁰ na qual está baseado o presente artigo, expressam uma representação acerca do trabalho em equipe que converge para destacar a comunicação. A articulação das ações, a coordenação, a integração

dos saberes e a interação dos agentes ocorreriam por meio da mediação simbólica da linguagem. Portanto, a comunicação entre os profissionais é o denominador-comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação. No entanto, essa comunicação manifesta-se de três diferentes formas.

Uma delas é aquela em que a comunicação aparece externa ao trabalho. A comunicação, embora esperada, não é exercida, ou é exercida apenas como instrumentalização da técnica. Nessa situação, observa-se, por um lado, o padrão restrito de comunicação entre os profissionais, e, por outro, a comunicação ocorre como recurso de otimização da técnica. Em ambas, os agentes experimentam tensão entre o comunicativo e o instrumental, não havendo agir-comunicativo.

Outra forma é aquela em que ocorre a comunicação estritamente de caráter pessoal. Os agentes dão destaque à dimensão das relações pessoais baseadas no sentimento de amizade e camaradagem e operam sobreposição das dimensões pessoal e tecnológica. Conhecer o profissional equivale a conhecer como é executado seu trabalho e o saber técnico que o fundamenta. A dimensão de sujeito parece ser plena quando, de fato, havendo sobreposição completa entre o agente técnico e o trabalho, ocorre redução da interação, com o que se reduz a noção de trabalho em equipe na mesma direção: a das boas relações interpessoais, independentemente da reiteração das relações hierárquicas de subordinação. Não há, nesse caso, igualmente, agir-comunicativo, embora haja certa forma de comunicação.

A terceira expressão é aquela em que a comunicação é concebida e praticada como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe. Os agentes destacam como característica do trabalho em equipe a elaboração conjunta de linguagens comuns, objetivos comuns, propostas comuns ou, mesmo, cultura comum. Enfim, destacam a elaboração de um projeto assistencial comum, construído por meio da intrincada relação entre execução de intervenções técnicas e comunicação dos profissionais. Trata-se da perspectiva do agir-comunicativo no interior da técnica, o que, dada a hegemonia instrumental do agir-técnico, também acaba por gerar tensões.

A possível cisão ou tensão entre trabalho e comunicação dos agentes decorre do caráter distinto do agir-instrumental e do agir-comunicativo, pois o primeiro visa a um dado fim *a priori* e o outro busca o entendimento e o reconhecimento mútuos. Pode-se

dizer que a prática comunicativa é uma situação em que as mediações são o próprio fim, ou seja, a finalidade é interagir e, nesse processo, construir consensos pertinentes a cada contexto, ao passo que no agir-instrumental busca-se um certo resultado independente das vicissitudes do percurso. É por isso que será um agir comunicativo e técnico aquele em que o fim é definido e alcançado por um processo participativo e de intervenção.

Projeto assistencial comum

Foi feita referência à elaboração de um projeto assistencial comum, como sinalizador de integração da equipe. Este constitui um eixo em torno do qual se dá a dinâmica cotidiana de trabalho e de interação. É preciso destacar que o projeto comum refere-se à determinada equipe e não a todas as supostas equipes existentes. Trata-se de um plano de ação para uma situação concreta de trabalho coletivo em equipe, que toma em consideração o projeto assistencial hegemônico, que não pode ser ignorado por ser o modelo dominante de atenção à saúde, mas procede à reelaboração que configura outro projeto comum. Os agentes partem de uma realidade dada e, dentro de certo campo de possíveis, constroem, pelo trabalho e pelo agir-comunicativo, um projeto pertinente às necessidades de saúde tal como concebidas pelos usuários e pelos profissionais. Tais concepções, compartilhadas com base no diálogo, permitem o reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade, implícitas nos atos de fala de todos os sujeitos participantes. Os agentes estão de acordo quanto ao conteúdo propositivo e normativo que constitui o projeto comum.

Deve-se lembrar que, ao partilhar sobretudo o modelo biomédico, hegemônico, dá-se um consenso em torno de um único tipo de atenção à saúde, entendido como pertinente a toda e qualquer situação referente ao processo saúde-doença nos planos individual e coletivo. Assim, os profissionais, além de não compartilhar outros valores que poderiam cunhar outros modelos, deixam de investir na construção conjunta de outro projeto assistencial que abarque a complexidade e a multidimensionalidade das necessidades de saúde.

Trabalhos diferentes e trabalhos desiguais

Quanto à divisão do trabalho em saúde, entende-se que a prática dos médicos é fundadora da técnica científica moderna na área da saúde e, portanto, núcleo original do qual outros trabalhos especializados derivam. Os trabalhos que se separam ou se agregam

ao trabalho do médico configuram um conjunto diversificado de áreas profissionais, necessárias à implementação da totalidade das ações que podem viabilizar a atenção integral à saúde. No entanto, configuram-se não somente trabalhos diferentes tecnicamente, mas também desiguais quanto à sua valorização social.

As diferenças técnicas dizem respeito às especializações dos saberes e das intervenções, entre as variadas áreas profissionais. As desigualdades referem-se à existência de valores e normas sociais, hierarquizando e disciplinando as diferenças técnicas entre as profissões. Ou seja, correspondem distintas autoridades técnicas e legitimidades sociais às diferentes áreas profissionais. Isto significa que algumas profissões são “superiores” a outras, e que há relações hierárquicas de subordinação entre os profissionais. Portanto, as diferenças técnicas transmutam-se em desigualdades sociais entre os agentes de trabalho, e a equipe multiprofissional expressa tanto as diferenças quanto as desigualdades entre as áreas e, concreta e cotidianamente, entre os agentes-sujeitos do trabalho.

Os profissionais das diferentes áreas, médicos e não-médicos, tendem a reiterar as relações assimétricas de subordinação, mesmo quando tecem discurso crítico acerca da divisão e da recomposição dos trabalhos. Todos partilham o valor comum atribuído ao modelo biomédico, deixando para segundo plano os saberes e as ações de outros âmbitos da produção do cuidado, tais como educativo, preventivo, psicossocial, comunicacional, que aparecem como periféricos ao trabalho nuclear – a assistência médica individual.

Assim, a reiteração das relações de subordinação pode ser compreendida considerando-se a tendência dos sujeitos de reiterar as práticas sociais de seu tempo histórico, e a alienação do agente de sua própria capacidade de ser sujeito no sentido de posicionar-se diante das situações e tomar decisões, ciente das regras e dos valores que fundamentam os consensos.

Nesse sentido, observa-se que, na situação de trabalho coletivo em que há menor desigualdade entre os diferentes trabalhos e os respectivos agentes, ocorre maior integração na equipe. À medida que o trabalho em equipe é construído, efetivamente, na relação intrínseca entre trabalho e interação, quanto mais próximo o estatuto de sujeito ético-social dos agentes, maiores as possibilidades de eles interagirem em situações livres de coação e de submissão, na busca de consensos acerca da finalidade e do modo de executar o trabalho.

Especificidade dos trabalhos especializados “versus” flexibilidade da divisão do trabalho

O trabalho em equipe não pressupõe abolir as especificidades dos trabalhos, pois as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção. Os profissionais de saúde destacam a necessidade de preservar as especificidades de cada trabalho especializado, o que implica manter as diferenças técnicas correlatas. No entanto, também expressam a necessidade de flexibilizar a divisão do trabalho. No presente artigo, flexibilidade foi entendida como a coexistência de ações privativas das respectivas áreas profissionais e ações que são executadas, indistintamente, por agentes de diferentes campos de atuação. Ou seja, os profissionais realizam intervenções próprias de suas respectivas áreas, mas também executam ações comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos campos como: recepção, acolhimento, grupos educativos, grupos operativos e outros.

Observou-se que, no trabalho em equipe, a flexibilidade da divisão do trabalho convive com as especificidades de cada área profissional. Tal convivência não vai ao ponto de propor outra ordenação do trabalho coletivo por referência ao modelo biomédico dominante, embora “borre” as fronteiras, suscitando o questionamento das desigualdades entre os diferentes trabalhos e a pertinência da introdução de outras abordagens às necessidades de saúde.

Os dois tipos de atividades, as específicas e as comuns, compõem o projeto assistencial construído pela equipe. No entanto, quanto maior a ênfase na flexibilidade da divisão do trabalho, mais próximo se está da equipe-integração; e quanto maior a ênfase na especificidade dos trabalhos, mais próximo se está da equipe-agrupamento.

Autonomia técnica

No trabalho em equipe, observam-se três concepções distintas quanto à autonomia técnica: na primeira, o profissional trabalha com a noção de autonomia plena, buscando alcançar o mais amplo espectro de independência na execução de suas intervenções; na segunda, ignora o âmbito de autonomia no qual realiza seu trabalho; e, na terceira, apreende o caráter interdependente da autonomia

técnica do conjunto dos agentes. A autonomia profissional pode ser interdependente em relação ao julgamento e à tomada de decisão de outro agente, dada a complementaridade dos trabalhos especializados.

Foi referido, anteriormente, que a autonomia é necessária no trabalho em saúde para o conjunto dos trabalhos especializados, e que sua abrangência difere dependendo da legitimidade técnica e social do saber operante que fundamenta a ação. No entanto, manifesta-se de maneira distinta nos dois tipos de equipe. Observou-se que no trabalho em equipe do tipo integração há complementaridade e colaboração no exercício da autonomia técnica e não há independência dos projetos de ação de cada agente. No trabalho em equipe do tipo agrupamento, a complementaridade objetiva dos trabalhos especializados convive com a independência do projeto assistencial de cada área profissional ou mesmo de cada agente, o que expressa a concepção de autonomia técnica plena dos agentes.

CONCLUSÕES

Com base na tipologia e nos critérios de reconhecimento do tipo de equipe apresentados, cunhou-se um conceito de trabalho em equipe sob a perspectiva da integração dos trabalhos especializados.

Assim, considerou-se que o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (Peduzzi,¹⁰ 1998).

O trabalho em equipe ocorre no contexto das situações objetivas de trabalho, tal como encontradas na atualidade, nas quais se mantêm relações hierárquicas entre médicos e não-médicos e diferentes graus de subordinação, ao lado da flexibilidade da divisão de trabalho e da autonomia técnica com interdependência. Portanto, há possibilidade de construção da equipe-integração mesmo nas situações nas quais se mantêm relações assimétricas entre os distintos profissionais. O que poderá diferenciar a maior ou menor integração será a prática de argüição da técnica e da desigual valoração social dos distintos trabalhos por meio do agir-comunicativo, visto que este pressupõe não somente compartilhar premissas técnicas mas, sobretudo, um horizonte ético.

REFERÊNCIAS

1. Ayres JRM. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec; 1997.
2. Braverman H. *Trabalho e capital monopolista*. Rio de Janeiro: Guanabara; 1987.
3. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, editores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.
4. Fortuna CM. O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1999.
5. Habermas J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.
6. Habermas J. *Técnica e ciência como ideologia*. Lisboa (PT): Edições 70; 1994.
7. Marx K. *O Capital*. 14ª ed. São Paulo: Bertrand Brasil; 1994. v.1.
8. Mendes-Gonçalves RB. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; 1992. (Cadernos CEFOR Série Textos, 1).
9. Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.
10. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.
11. Schraiber LB. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec; 1993.
12. Schraiber LB, Peduzzi M. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. *Educ Med Salud* 1993;27:295-313.