Mini-equipe: uma experiência em clínica universitária *

MARCELO ALVES DE PAULA,
MIRIAM LANGENBACH,
SONIA PODLUBNY

1. Introdução; 2. Histórico; 3. Conclusões; 4. Perspectivas.

1. Introdução

Nesta publicação nos propomos descrever a mudança de estrutura e funcionamento do setor de diagnóstico de uma clínica universitária e as conseqüências que esta mudança trouxe para os estudantes que nela estagiam, para o corpo técnico, assim como para a população atendida.

2. Histórico

Iniciaremos definindo as características do setor de diagnóstico do IPA da PUC/RJ. Este setor atua em dois níveis, simultaneamente: atendimento a clientes e formação de estudantes de psicologia e serviço social (a partir dos últimos anos). Para atingir este objetivo, participam as seguintes categorias profissionais:

a) técnicos supervisores de psicologia;
b) técnicos supervisores de serviço social;

* Trabalho apresentado no XIV Congresso Interamericano de Psicologia, São Paulo, abril de 1973.

c) psiquiatras;
d) estagiários em psicologia;
e) estagiários em serviço social.

Gostaríamos de caracterizar brevemente o funcionamento do diagnóstico da clínica até 1971. O atendimento obedecia a uma rotina preestabelecida: o contato inicial com a mãe e/ou o pai era feito pela assistente social, considerando-se serem crianças e adolescentes a maioria de nossos clientes. A seguir, automaticamente, o caso era visto pelo psiquiatra, sendo então considerado pronto para ser atendido pelo estagiário em psicologia, sob supervisão. Finalmente, cada um dos três apresentava sua avaliação, ou em reunião destes três técnicos, ou em reunião ampla, com a participação de todos os estagiários e alguns dos profissionais do IPA. O objetivo era chegar a um consenso quanto ao diagnóstico e à orientação a serem adotados.

O contato mais constante (primeiro contato e transmissão de resultados), com a mãe e/ou com o pai ficava a cargo da assistente social, tendo a estagiária em psicologia um encontro com a mãe, para fazer a anamnese.

Neste regime, três psiquiatras e seis assistentes sociais trabalhavam para acompanhar casos de 32 estagiárias em psicologia, que ficavam divididas entre oito supervisores de psicologia.

Esta situação tinha conseqüências bastante desvantajosas, tanto sob o ponto de vista institucional como o de formação. Entre as desvantagens, mencionaremos algumas:

a) sobrecarga de trabalho para assistentes sociais e psiquiatras, que se sentiam sem possibilidade de fazer um atendimento mais aprofundado e participante;

b) a comunicação e discussão do caso realizava-se principalmente através de relatórios, complementados pela reunião final. Assim, a troca de idéias ficava limitada e cada técnico sentia-se trabalhando isoladamente. Ainda mais: o técnico, em cada caso, trabalhava com profissionais diferentes, não havendo constância de equipe;

c) o atendimento através da rotina tornava-se rígido e estereotipado, ficando em segundo plano as características próprias a cada caso. Além disso, quebrar a rotina era considerado uma iniciativa isolada e de inteira responsabilidade do profissional.

Os aspectos mencionados tornavam o atendimento longo, frustrante para o cliente e freqüentemente inefetivo. Por outro lado, também a formação do estagiário ficava prejudicada, pois estava pouco de acordo com a realidade profissional que enfrentaria mais tarde. E, finalmente, os técnicos, tanto no atendimento quanto em supervisão, sentiam-se impotentes, ineficazes, pouco realistas e conseqüentemente, insatisfeitos.

Em vista desta situação, em fins de 1971 foi realizada uma mobilização institucional em que, durante um período de 10 dias, a equipe se reuniu sob a coordenação de duas psicólogas argentinas e procurou rever e analisar suas dificuldades. Este foi o ponto de partida para a reformulação.

A partir da discussão e reflexão, o grupo optou pelo que chamamos mini-equipe e que passamos a descrever.

Trata-se de uma equipe interdisciplinar, isto é, um grupo de técnicos de várias especialidades trabalhando em conjunto, como se fosse um único organismo. O coração e o cérebro deste organismo, ou melhor, sua espinha dorsal, seria uma reunião semanal de duas horas em que se desenvolveria o trabalho em grupo. Os elementos do grupo seriam, durante todo aquele ano, um psiquiatra ou estagiário em psiquiatria, uma assistente social ou estagiária em serviço social, uma psicóloga supervisora, um a dois assistentes, quatro a cinco estagiários em psicologia. Estabelecer-se-ia um dia semanal fixo de funcionamento da mini-equipe: nas duas primeiras horas, os membros da equipe estariam presentes na clínica, seja atendendo, seja dando ou recebendo supervisão, ou estudando. Nas duas horas finais, a equipe toda se reuniria. O conteúdo e os objetivos da reunião seriam:

a) Discussão do caso a partir da triagem e questionários, levantamento de hipóteses e planejamento da estratégia a ser seguida.

b) Discussão de aspectos novos importantes que fossem surgindo durante o atendimento e exigindo reformulação.

c) Discussão final, com exposição do parecer de cada um dos que atenderam o caso, na busca de um diagnóstico e orientação terapêutica.

d) Discussão do funcionamento interno da mini-equipe através de avaliação, impressões etc.

2.1 *A experiência da mini-equipe*

2.1.1 Descrição

Passamos a apresentar os dados concretos de uma mini-equipe, realizado em caráter experimental no IPA/PUC/RJ, em 1972. Lembramos que faziam parte da equipe: uma assistente social, um neuropsiquiatra, três psicólogas-supervisoras e quatro estagiárias em psicologia. As funções de cada um eram as que seguem:

a) cabia à assistente social: entrevistas com os pais, contato com escolas, investigação dos recursos da comunidade;

b) cabia à psicóloga-supervisora: dar supervisão ao estagiário e entrevistas com os pais;

c) cabia ao psiquiatra: a realização de entrevistas psiquiátricas com os clientes;

d) cabia ao estagiário: o atendimento à criança ou adolescente; observação da criança na escola, contato com a escola; quando tivesse maior experiência, entrevistas com os pais.

Uma das modificações foi a atuação do psicólogo junto aos pais. Estes eram atendidos desde o início até o final por um único membro da equipe, fosse psicólogo ou assistente social.

Além disso, embora o atendimento propriamente dito não sofresse alterações consideráveis, em relação ao esquema anterior, houve mudança de enfoque em relação ao caso. Assim, a partir dos primeiros dados colhidos (triagem e questionário biográfico), discutia-se a dinâmica familiar e principalmente como os pais encaravam sua vinda à instituição. O grupo de profissionais diferentes levantava hipóteses, na base das quais se fazia um planejamento específico para o atendimento do caso. Nem sempre ocorria o atendimento através de testes psicológicos; o trabalho de diagnóstico assumia caráter operativo, na medida em que os pais eram trabalhados numa série de entrevistas em que eram debatidas e definidas as implicações de um diagnóstico. Nestes termos, deixou-se de aceitar tacitamente a idéia que a família tinha acerca de qual membro estaria doente e deveria receber atendimento. Abriu-se a possibilidade de, por exemplo, não se atender a criança ou adolescente trazido como "problema" e sim manejar dificuldades, resistências, fantasias, por parte dos pais, subjacentes a esta vinda. Assim, pode-se citar o caso de um casal que trouxe um filho e uma filha para atendimento; ao se conhecer mais detalhadamente a situação, ficou claro que a filha foi trazida como maneira de aliviar a grande ansiedade que despertava nos pais, as dificuldades do menino. O trabalho prévio ao exame da criança, concentrou-se em definir quem seria atendido e o porque disto. Mesmo quando a criança ou o adolescente trazido era atendido, todo o contato com os pais visava, desde o início, à conscientização de que o processo diagnóstico não se referia apenas àquele elemento, mas envolvia toda a família — solicitando-se sempre um engajamento ativo dos pais. E, também, que o diagnóstico era o início de um processo de mudança que, praticamente, sempre exigiria uma disponibilidade para ser continuado.

2.1.2 Dinâmica

A equipe funcionou como um grupo operativo. Sem uma liderança formal, embora em assuntos de caráter administrativo, aceitou-se tacitamente uma liderança da psicóloga-supervisora, entre outras razões, pelo próprio caráter didático do traballho predominantemente de treinamento para psicólogos. Cogitou-se, caso necessário, usar um moderador de grupo operativo estranho à equipe, mas o desenvolvimento do grupo, sem bloqueios, tornou desnecessária esta medida.

De tempos em tempos, foram feitas avaliações em que cada membro do grupo comentava como estava seu trabalho, como via o grupo funcio-

nando. A boa integração do grupo permitiu a verbalização de sentimentos pessoais, sobre dificuldades no trabalho individual e em grupo.

Pode-se então observar certo distanciamento entre técnicos e estagiários: assim, os técnicos, entusiasmados com a possibilidade de discutir de um modo diferenciado e dinâmico os casos, passavam a desempenhar um papel tão ativo e absorvente, que deixavam de esperar ou estimular a participação dos estagiários. Estes, por sua vez, sentiam-se inibidos não só porque tudo era novo, como também por terem um nível de exigência muito elevado — estavam entre os melhores alunos de suas turmas; foi-lhes oferecido como prêmio a possibilidade de participar da mini-equipe. Por outro lado, um dos aspectos previstos havia sido o de que num trabalho em grupo, formado por técnicos diferentes onde se incentivasse a expressão livre, poderia surgir competição, perda ou troca de papéis entre os membros da equipe. Vínhamos de uma experiência de trabalho em que os campos do médico, do psicólogo e da assistente social estavam, por temor a choque, excessivamente delimitados e incomunicantes. A abertura daquelas limitações poderia facilitar a emergência de conflitos no grupo. Tal não se deu, senão de forma íntima. O que ocorreu, ao contrário, foi que cada técnico assumiu mais o seu papel, procurando aprofundar-se em sua área de trabalho e conhecer e familiarizar-se com o trabalho do outro sem interferir nele, salvo por razões de interesse do caso. Isto motivou o trabalho e tornou o grupo didático.

3. Conclusões

Finalizando, vamos considerar as vantagens e desvantagens desta experiência. Para nós, ela teve o sentido de um trabalho pioneiro, embora saibamos que outras instituições estão também se valendo do trabalho de equipes interdisciplinares integradas, que naturalmente assumem formas próprias segundo as características especiais de cada instituição. Não fizemos estudo estatístico com um grupo de controle de casos examinados segundo o processo anterior, mas pretendemos fazer em breve uma análise desse tipo. Se bem que, muitas das vantagens que vamos enumerar, são de difícil quantificação.

A primeira vantagem foi a própria satisfação dos técnicos, que vinham trabalhando na equipe há tempos e que, unanimemente, reconheceram a nova forma de trabalho como muito mais motivante, rica e integrada.

É difícil provar que, qualitativamente, os casos tenham sido melhor atendidos. No futuro, através de pesquisa de *follow-up,* isto talvez possa ser provado. Mas o consenso entre os técnicos é que se passou a chegar a um diagnóstico mais claro, as diferenças de opiniões foram melhor debatidas e mais amplas as possibilidades de se achar o caminho mais adequado para cada caso.

O estagiário, por sua vez, através da participação nas reuniões da mini-equipe, ficou familiarizado com o tipo de atuação de profissionais diferentes.

A supervisão, por ser dupla, possibilitou ao estagiário acompanhar casos que não atendera diretamente — facultando-lhe acesso a um maior número de casos.

Desenvolveu-se mais a criatividade no atendimento, o que nos pareceu uma excelente experiência para os estagiários, que começariam seu trabalho clínico sem estereotipias e rigidez, sabendo a razão de cada um de seus passos no trabalho.

Temíamos que o diagnóstico e a orientação determinados em grupo resultassem em diluição de responsabilidade. Tal não se deu na nossa experiência. Sentimos que quando o técnico transmitia os resultados finais para a família, fazia-o com muito maior segurança, pois dominava todos os aspectos do caso. Também os demais técnicos sentiam-se mais responsáveis pelo resultado final a que se chegou. Não se sentiam na posição do operário que faz uma peça para a máquina, cuja forma final desconhece ou conhece de forma imprecisa.

Não há dúvida de que o trabalho em grupo é mais mobilizante e conseqüentemente, pode ser sentido como mais difícil e árduo do que o trabalho em outros moldes.

Outro obstáculo é o risco que apontamos antes, isto é, que haja uma dinâmica no grupo que dificulte seu funcionamento harmonioso, em prejuízo também do atendimento.

Acreditamos, porém, que estes aspectos são amplamente superáveis na medida em que forem reconhecidos e debatidos dentro do próprio grupo — e em caso de maior dificuldade, com o auxílio de um moderador. Por outro lado, em termos de formação, esta vivência de trabalho em grupo e sua evolução, é uma experiência importante.

4. Perspectivas

Se bem que nossa experiência foi ditada por nossas condições próprias, achamos que ela possa ser adotada em outras clínicas, em que trabalhem muitos profissionais. Achamos mais fácil integrar e trabalhar em grupos pequenos do que basear a coordenação de uma clínica em macrorreuniões.

No IPA, em 1973, todo o setor de diagnóstico começou a funcionar através de sete mini-equipes. Este nos pareceu o início de um caminho que, por estar baseado em trabalho de grupo integrado, possibilitará a esta clínica um funcionamento futuro em termos cada vez mais preventivos e de centro comunitário.

Referências bibliográficas

Stevens, H. *Interdisciplinar action.* University of Wisconsin.

Paula, Marcelo A. Considerações sobre diagnósticos psiquiátricos em uma clínica de orientação juvenil. *Pediatria Prática,* nov./dez. 1969.

Equipe do COP. O diagnóstico em um Centro de Orientação Juvenil. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada,* n. 4/69.