



UNIFACS
UNIVERSIDADE SALVADOR
LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES*

**UNIVERSIDADE SALVADOR – UNIFACS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO ESTRATÉGICA**

GEOVANA ANDRÉA MOREIRA

**PERCEPÇÃO SOBRE A COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
EM UM HOSPITAL DE LAURO DE FREITAS-BA: ESTUDO DE CASO**

Salvador
2015

GEOVANA ANDRÉA MOREIRA

**PERCEPÇÃO SOBRE A COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
EM UM HOSPITAL DE LAURO DE FREITAS-BA: ESTUDO DE CASO**

Dissertação de Mestrado em Administração Estratégica apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Salvador – UNIFACS, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Vanessa Brasil Campos Rodríguez.

Salvador
2015

FICHA CATALOGRÁFICA

(Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UNIFACS Universidade Salvador, Laureate International Universities).

Moreira, Geovana Andréa

Percepção sobre a comunicação entre profissionais de saúde em um hospital de Lauro de Freitas-Ba: estudo de caso/ Geovana Andréa Moreira.– Salvador: UNIFACS, 2015.

127 f. : il.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Salvador UNIFACS, Laureate International Universities, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Administração.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Vanessa Brasil Campos Rodríguez.

1. Comunicação. 2. Organização de saúde. I. Rodriguez, Vanessa Brasil Campos, orient. II. Título.

CDD: 302.2

GEOVANA ANDRÉA MOREIRA

PERCEPÇÃO SOBRE A COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM
UM HOSPITAL DE LAURO DE FREITAS-BA: ESTUDO DE CASO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da UNIFACS Universidade Salvador, Laureate International Universities, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, submetida à seguinte banca examinadora:

Vanessa Brasil Campos Rodríguez – Orientadora _____
Doutora em Ciencias de la Información (Comunicação Social). Universidad del Pais Vasco, EHU, Espanha
UNIFACS Universidade Salvador, Laureate International Universities

Cláudia Magalhães Drouvot _____
Doutorado em Ciências em Gestão pela Université Pierre Mèndes France - CERAG/Grenoble
UNIFACS Universidade Salvador, Laureate International Universities

Carlos Francisco Linhares de Albuquerque _____
Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia – UFBA
UNIFACS Universidade Salvador, Laureate International Universities

Salvador de agosto de 2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus o dom da vida e todas graças alcançadas, pois, sem ele no comando, vencer mais esta etapa não teria sido possível.

A meus pais, por toda dedicação à minha educação. A meu esposo, Romeu, que sempre acreditou em mim e apoiou minha pesquisa, ajudando-me em tudo, compreendendo os momentos em que ler e escrever pareciam ser mais importantes do que ficar a seu lado e ao lado de nossos filhos.

A meus tesouros, Ana Beatriz e João Victor, pela paciência nos momentos de exaustão, pressão, depressão, insônia, estresse e, principalmente, pela distância e ausência nos momentos em que se divertiam em casa e desligavam meu *notebook*.

À minha orientadora, professora Dra. Vanessa Brasil Campos Rodríguez, que guiou meus passos nessa caminhada, contribuindo com seus conhecimentos e experiências acadêmicas, principalmente ao corrigir e editar textos com grande maestria. E por incentivar e por manter seu profissionalismo e incentivo diante dos meus momentos de fraqueza e ansiedade.

A todos colegas do curso do mestrado, pelas horas exaustivas, muito divertidas e, hoje, tão saudosas.

RESUMO

A presente dissertação consiste em um estudo de caso com abordagem qualitativa e quantitativa que inclui observação *in loco* e investigação descritiva e exploratória. Quanto ao seu objetivo busca descrever como acontece o processo de comunicação no Hospital Geral Menandro de Faria no município de Lauro de Freitas-BA. Com o intuito de realizar um trabalho de forma compartilhada ao HGMF optou-se pela pesquisa ação. Os participantes foram 416 profissionais de saúde dentro do universo de funcionários do hospital que responderam o questionário dentro de sua percepção da comunicação no hospital. É feita uma reflexão sobre a importância da comunicação nesse hospital, cujo papel é preponderante no desenvolvimento de práticas estruturadas de saúde, com vistas a qualidade na execução de práticas clínicas. Evidenciam-se os principais atributos que favorecem ou dificultam a comunicação interpessoal entre a equipe de saúde e se apontam os parâmetros mais relevantes para a criação de um plano de ações para o HGMF. As organizações de saúde são sistemas sociais constituídos por subsistemas que atuam em atividades padronizadas, executadas de forma complementar e interdependente, envolvendo estruturas; pessoas; tecnologias; serviços; produtos e um sistema de comunicação própria sendo o hospital considerado o tipo mais complexo de organização, devido ao fato de sua rede de atividades e serviços ser muito extensa. Nesse contexto, uma comunicação que produza bons resultados ou seja produza bons resultados, em que a informação flui com mais rapidez e facilidade favorece a organização. A análise da comunicação organizacional na percepção dos profissionais de saúde indica ser a comunicação interna um dos fatores que impulsionam o sucesso do hospital. A comunicação assume uma relevância na assistência ao paciente e nas inter-relações da equipe de saúde. Verificou-se que o HGMF possui uma comunicação operante, com algumas fragilidades em virtude do contexto em que se insere, embora as informações fluam através da comunicação informal. Os profissionais utilizam da informalidade para resolver as situações inter setoriais e intra setorial. O estudo mostrou ainda que a comunicação interna planejada e coordenada pode facilitar os processos administrativos, sendo capaz, inclusive, de aperfeiçoar os serviços prestados e oferecer uma assistência com mais qualidade, pois através dela há espaço para diálogo, estímulos e socialização de experiências. Para que isso aconteça, há necessidade de uma integração entre a gestão do hospital e a equipe de saúde. Portanto, através dos resultados obtidos, considera-se que a comunicação organizacional informal e uma ação planejada aumentem a eficácia e a eficiência da comunicação interna em um hospital público, impulsionando o sucesso da organização de saúde.

Palavras chaves: Comunicação. Organização de Saúde. Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

This dissertation consists in a case study with a qualitative and quantitative approach, which includes *in loco* observation and descriptive and exploratory research. In his goal is to describe how this happens the communication process in General Hospital Menandro Faria in the municipality of Lauro de Freitas-BA. With the aim of delivering work to a shared form to HGMF we opted for action research. Participants were 416 healthcare professionals within the hospital staff universe who answered the questionnaire within their perception of communication in the hospital. A reflection on the importance of communication is made in this hospital, whose role is preponderant in the development of structured health practices, aiming at quality in the execution of clinical practice. Show up the key attributes that favor or hinder interpersonal communication between health team and suggest the most relevant parameters for creating the action plan for the HGMF. Health organizations are social systems consisting of subsystems that operate on standard activities, performed in a complementary and interdependent manner, involving structures; persons; technologies; services; products and an own communication system. The hospital is a more complex type of organization; due to the fact its network of activities and services is very extensive. In this context, a communication produces good results and is effective in that information flows more quickly and easily favors the organization. The analysis of organizational communication in the perception of health professionals indicates is internal communication of the factors driving the hospital's success. Communication is of importance in patient care and the health team interrelationships. It was found that the HGMF has a working communication with some weaknesses because of the context in which it operates, although the information flow through informal communication. Professionals use of informality to tackling inter sectoral and intra sectoral. The study also showed that planned and coordinated internal communication can facilitate administrative processes, being able even to improve the services provided and offer assistance with more quality, because through it there is room for dialogue, incentives and experiences of socialization. For this to happen there needs to be integration between the hospital management and the health team. Therefore, through the results, it is considered that the informal organizational communication and a planned action increase the effectiveness and efficiency of internal communication in a public hospital, driving the success of the healthcare organization.

Key words: Communication. Health Organization. Healthcare Professionals.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|-----------------------------------------------|
| CA | Comunicação Administrativa |
| CE | Comunicação Empresarial |
| CI | Comunicação Institucional |
| CO | Comunicação Corporativa |
| CO | Comunicação Organizacional |
| FESFSUS | Fundação Estatal Saúde da Família |
| HGMF | Hospital Geral Menandro de Faria |
| IBM | <i>International Business Machines</i> |
| NUGETS | Núcleo de Gestão Trabalho e Educação em Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PM | Prefeitura Municipal |
| SESAB | Secretaria de Saúde do Estado da Bahia |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Processo de Comunicação | 26 |
| Figura 2 - Fluxos de Comunicação no Hospital Geral Menandro de Faria..... | 92 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gráfico 1- Categoria Profissional dos Participantes..... | 70 |
| Gráfico 2 - Categoria Profissional dos Participantes..... | 71 |
| Gráfico 3 - Percepções sobre a Fluência da Comunicação nos Setores do Hospital..... | 74 |
| Gráfico 4 - Percepções sobre a Eficiência da Comunicação nos Setores do Hospital | 75 |
| Gráfico 5 - Postura do Profissional de Saúde frente à Comunicação | 78 |
| Gráfico 6 - Importância Atribuída à Comunicação na percepção dos Profissionais de Saúde | 81 |
| A Diretoria do Hospital | 81 |
| Gráfico 7 - Percepções dos Profissionais de Saúde sobre a Utilização dos Canais de Comunicação | 84 |
| Gráfico 8 - Percepções dos profissionais de Saúde sobre a Direção dos Fluxos de Comunicação dentro do Hospital | 89 |
| Gráfico 9 - Percepções dos Profissionais de Saúde sobre as Barreiras de Comunicação Existentes no Hospital | 95 |
| Gráfico 10 - Aspectos que facilitam e dificultam a Comunicação no Hospital | 99 |
| Gráfico 11- Percepções dos Profissionais de Saúde sobre a Efetividade das Informações que circulam no hospital | 102 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1 - Classificação das Organizações Hospitalares | 51 |
| Quadro 2 - Classificação dos hospitais de acordo com suas configurações | 52 |
| Quadro 3 - Dimensões e Categorias Fundamentadas na Elaboração do Instrumento de Pesquisa | 63 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 1- Percepções dos Profissionais de Saúde sobre a Fluência e Eficiência nos Setores.. | 73 |
| Tabela 2 - Postura do Profissional de Saúde frente à Comunicação | 78 |
| Tabela 3 - Importância Atribuída a Comunicação na Percepção dos Profissionais de Saúde sobre a Diretoria do Hospital..... | 80 |
| Tabela 4- Percepções sobre Canais de Comunicação Utilizados no Hospital..... | 85 |
| Tabela 5 – Percepções dos Profissionais de Saúde sobre a Direção dos Fluxos de Comunicação | 90 |
| Tabela 6 - Percepções dos Profissionais de Saúde sobre as Barreiras de Comunicação Existentes no Hospital | 94 |
| Tabela 7- Aspectos que Facilitam e Dificultam o Processo de Comunicação no Hospital..... | 98 |
| Tabela 8 – Efetividade das Informações na Percepção dos Profissionais de Saúde..... | 101 |

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 15 |
| 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 19 |
| 2.1 ORGANIZAÇÕES COMO SISTEMAS ABERTOS | 20 |
| 2.2 COMUNICAÇÃO | 23 |
| 2.2.1 Teoria da Comunicação | 23 |
| 2.2.2 Processo de Comunicação | 25 |
| 2.2.3 Objetivos da Comunicação | 28 |
| 2.2.4 Barreiras da Comunicação | 30 |
| 2.3 COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL | 32 |
| 2.3.1 Trajetória das Teorias da Comunicação Organizacional | 33 |
| 2.3.2 Formas de Comunicação nas Organizações | 37 |
| 2.3.3 Níveis de Comunicação nas Organizações | 38 |
| 2.3.4 Redes de Comunicação..... | 39 |
| 2.3.5 Fluxos de Comunicação | 40 |
| 2.3.6 Comunicação Interna | 43 |
| 2.4 ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES | 46 |
| 2.4.1 Hospital como Organização de Saúde e suas Especificidades | 47 |
| 2.4.3 Evolução dos Hospitais..... | 54 |
| 2.4.4 Hospital Público..... | 57 |
| 3 METODOLOGIA | 59 |
| 3.1 ABORDAGEM DA PESQUISA | 59 |
| 3.2 ESTRATÉGIA DA INVESTIGAÇÃO | 61 |
| 3.3 MODELO DE ANÁLISE, CATEGORIAS DE ANÁLISE E DIMENSÕES DE ANÁLISE | 62 |
| 3.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA | 63 |
| 3.5 LIMITAÇÕES DA PESQUISA | 65 |
| 3.6 CENÁRIO DA PESQUISA | 66 |
| 3.7 PARTICIPANTES DA PESQUISA..... | 68 |
| 3.8 PRODUÇÃO DOS DADOS | 69 |
| 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA | 70 |
| 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES | 70 |
| 4.2 DIMENSÕES E CATEGORIZAÇÃO DA TEMÁTICA | 72 |
| 4.3 COMUNICAÇÃO: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A COMUNICAÇÃO | |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| DENTRO DO HGMF..... | 72 |
| 4.3.1 Percepção sobre a Fluência e Eficiência da comunicação entre os Setores do Hospital e Percepção sobre a Eficiência da Comunicação entre os Setores do Hospital . | 73 |
| 4.3.2 Percepção da Equipe de Saúde sobre a Postura do Profissional de Saúde frente à Comunicação | 77 |
| 4.4 ORGANIZAÇÃO: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE O PLANEJAMENTO DA COMUNICAÇÃO NO HGMF | 79 |
| 4.4.1 Importância Atribuída a Comunicação na Percepção dos Profissionais de Saúde sobre a Diretoria ou Gestão do Hospital | 80 |
| 4.5 COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL: PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NO HGMF..... | 83 |
| 4.5.1 Canais de Comunicação Utilizados pelos Profissionais de Saúde dentro do Hospital | 84 |
| 4.5.2 Fluxos de Comunicação dentro do Hospital | 89 |
| 4.5.3 Barreiras de comunicação..... | 93 |
| 4.5.4 Aspectos que Facilitam e Aspectos que Dificultam o Processo de Comunicação no Hospital..... | 97 |
| 4.5.5 Efetividade das informações que circulam no hospital..... | 101 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 104 |
| REFERÊNCIAS | 110 |
| APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE PESQUISA | 120 |
| APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO..... | 123 |
| APÊNDICE C - MODELO DE ANÁLISE | 124 |
| ANEXO A - ORGANOGRAMA DO HGMF | 125 |
| ANEXO B - PARECER SOBRE PROJETO DE PESQUISA | 126 |

1 INTRODUÇÃO

O setor de saúde no Brasil ultimamente vive passando por constantes transformações para se posicionar perante a sociedade e fazer frente aos desafios da complexidade contemporânea. Estas mudanças estão presentes tanto na gestão como no tratamento dos pacientes, configurando um processo de mudanças neste setor, tais como: reforma de políticas de saúde; promessas de melhoria e qualidade do atendimento baseado em propostas de humanização; modificações em práticas clínicas; demanda dos usuários com outro perfil, tecnologias avançadas e inovações da *internet*; dentre outras.

O hospital é considerado parte integrante deste sistema e como uma organização de saúde representa uma das formas mais complexas de organização humana. Se caracterizam por serem unidades prestadoras de serviços de saúde com 24 horas de atendimento que reúnem num mesmo espaço físico, uma gama de atividades executadas separadamente por diversos fornecedores tais como: exames laboratoriais; diagnósticos por imagem; cirurgias e cuidado direto ao paciente; dentre outros.

Desta forma, o hospital tem sido obrigado a buscar novas alternativas de sobrevivência de maneira que possam vislumbrar novos caminhos e se ajustar a esse novo paradigma. Ao mesmo tempo, Kunsch (2006, p.132) afirma que a globalização, a revolução tecnológica da informação e a complexidade contemporânea exigirão cada vez mais que as organizações pensem e planejem estrategicamente a sua comunicação.

Diante deste contexto, defendemos o dinamismo da comunicação como fator diferencial para o alcance do sucesso da organização de saúde, pois a prática entre os profissionais dentro do hospital configura-se uma grande rede de relacionamentos em que muitas informações tramitam pelos diversos subsistemas. O sucesso da prestação dos serviços de saúde depende da qualidade e veracidade destas informações.

Comunicar com clareza, transparência e objetividade tem sido a principal alternativa adotada pelas organizações para conquistar seus públicos e construir um forte e sólido relacionamento interno, alcançando bons resultados no que diz respeito aos processos de mudanças, sendo imprescindível o papel da comunicação conforme Carneiro (2006).

Entretanto, é necessário que as informações fluam com o mínimo de ruídos possíveis entre todas as pessoas envolvidas em uma organização de saúde com eficiência e qualidade, objetivando um atendimento humanizado ao paciente, pois falhas nos sistemas de

comunicação afetam negativamente o processo de transmissão e geração de conhecimento entre os profissionais do hospital.

De acordo com Lacombe (2005) em todas as ocasiões e lugares, as pessoas vivenciam atos comunicativos sejam eles verbais ou não e, nas organizações que lidam com a saúde não é diferente. Em um hospital o diálogo entre profissionais e a troca de informações tornam-se mais complexos e delicados porque envolve a vida humana exigindo uma responsabilidade na clareza e certeza das informações.

Em uma visão mais abrangente assegura que os hospitais são considerados como organizações de saúde completas, tendo em vista a amplitude dos serviços que prestam e pelas finalidades diferenciadas como assistência ao doente; o ensino; a pesquisa e os serviços de hotelaria (SENHORAS, 2007).

Outro aspecto refere-se as organizações hospitalares serem formadas por subsistemas que envolvem profissionais de áreas muito diversificadas como médicos; psicólogos; assistentes sociais; enfermeiros; nutricionistas; farmacêuticos; bioquímicos; administradores; engenheiros; serviços gerais; dentre muitos outros, configurando-se uma organização complexa com pessoas com grau de instrução e categorias distintas, formando dessa forma uma rede de relacionamentos. Essa classificação influencia no entendimento, fluxo e barreiras da comunicação que podem facilitar ou comprometer a recepção das mensagens.

Perante este quadro complexo e partindo do princípio que um atendimento integral requer constante troca de dados e informações entre todas as pessoas envolvidas no processo terapêutico, torna-se imperativa a ampliação das discussões das interfaces da comunicação e saúde. É importante destacar que, com o passar dos anos, as relações entre a saúde e a comunicação se expandiram, sendo preponderantes, nos dias atuais, na gestão da comunicação e no relacionamento com o cliente/paciente dentro das organizações de saúde, mas ainda é incipiente.

Estudos afirmam que a comunicação ainda não é planejada como integrada e estratégica e na maior parte das organizações é vista em um paradigma relacional necessária como ferramenta, desta forma, a importância de estudar este tema compreende que maiores investimentos nos estudos de uma comunicação interna integrada e estratégica trarão benefícios para o hospital, pois uma vez que a comunicação entre a equipe de saúde for eficiente e eficaz, as atividades assistenciais e suas ações no dia a dia impactarão na

qualidade, na prestação de serviço de saúde e, conseqüentemente, no atendimento ao paciente (KUNSCH, 2006; NASSAR, 2003; MICHEL, 2008).

De acordo com Silveira (2011) tem ampliado as discussões sobre a comunicação nos estudos organizacionais, e cada vez mais a importância da comunicação tem sido destacada e percebida como fundamental para melhoria do desempenho e imagem das organizações e nas organizações de saúde não pode ser diferente.

A comunicação organizacional apresenta-se como um processo contínuo e permanente que permeia as interações humanas, atuando como sistema dialógico com objetivo de “informar; persuadir; motivar e alcançar a compreensão mútua” de acordo com Lemos (2011, p.151). Assim, no hospital ocorrem fatos que são filtrados por pessoas, tornando-se dados, que dotados de significado passam a ser informação que quando apropriada por um indivíduo é chamado de conhecimento.

A motivação para este estudo surgiu da convivência da autora desta dissertação em práticas supervisionadas de estágio dentro da organização de saúde, observando a realidade inconstante e conflituosa entre os profissionais da área que não adotam posturas e ações efetivas no que diz respeito ao processo de comunicação condizentes com este novo paradigma.

Com base nesses elementos acima assinalados, surgiu a inquietação que move a necessidade de uma reflexão que propomos neste trabalho com a seguinte pergunta:

Como ocorre o processo de comunicação no Hospital Geral Menandro de Faria em Lauro de Freitas/BA entre os profissionais de saúde com a finalidade de identificar os parâmetros que possam criar um plano de ações de comunicação?

Portanto, ao término deste trabalho visa-se apresentar os parâmetros mais relevantes que possam estimular a criação de um plano de ações de comunicação programada para o Hospital Geral Menandro de Faria de Lauro de Freitas (HGFMF). Esta dissertação tem como objetivo geral analisar o processo de comunicação interna junto aos funcionários do Hospital Geral Menandro de Faria, Lauro de Freitas/BA.

Afim de nortear o objetivo principal, estudo apresenta como objetivos específicos:

- a) Identificar os meios de comunicação mais utilizados internamente;
- b) Identificar as fluências, canais e instrumentos utilizados na comunicação interna;

- c) Levantar os aspectos que dificultam e os que facilitam a comunicação interna na organização;
- d) Compreender o processo e os fluxos da comunicação da organização estudada.
- e) Apresentar os parâmetros mais relevantes que possam estimular a criação de um plano de ações de comunicação para o HGMF.

Sendo assim, esta dissertação retrata no primeiro capítulo uma revisão teórica do tema sobre organização fundamentada na teoria das organizações, destacando-a como sistema aberto e a interdependência dos subsistemas; comunicação fomentada em sua teoria da comunicação; processo de comunicação; comunicação interna e comunicação organizacional.

Ainda neste capítulo, discorre-se as especificidades das organizações de saúde, principalmente hospital e hospital público. No segundo capítulo desenvolve-se sobre a metodologia aplicada e no próximo capítulo será apresentado as análises dos resultados da pesquisa. O quarto e último capítulo encerra a dissertação com as considerações finais da pesquisa.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para compreender o cenário do setor saúde, especificamente dos hospitais, faz-se necessário apresentar conceitos da teoria das organizações dentre eles os da teoria geral dos sistemas. Segundo a teoria dos sistemas abertos exposta por Bertalanffy (2008) e considerando a afirmação de Katz e Kahn (1976), os sistemas sociais são compostos por subsistemas que interagem de forma complementar e interdependente em movimento constante de retroalimentação.

Dessa forma, as organizações seriam sistemas de energia *input/output*, em que o retorno da energia reativa o sistema por meio de diversas atividades padronizadas. Essa teoria oferece um sistema teórico para a compreensão e análise das organizações consideradas como sistemas abertos que atuam sobre o ambiente e, simultaneamente, são influenciadas por ele.

Katz e Kahn (1976) definem que o espaço organizacional é composto por estruturas; grupos de pessoas; tecnologias e processos de serviços ou produtos; funcionamento e sistema de comunicação próprios em contato constante com o meio externo, seja ele constituído dos usuários ou de novas demandas da tecnologia. Diante desse contexto, as organizações são consideradas como sistemas abertos, uma vez que estão basicamente interessadas no processo de interação, de relação e de interdependência a partir de sua estrutura.

Para conceituar comunicação, utiliza-se o modelo de processo de comunicação adotado por Berlo (2003). Esse autor percebe a comunicação como fundamental para estabelecer relações interpessoais na sociedade e complementa que, para que essa relação seja organizada é justificada a existência do modelo tradicional ou seja, emissor; canal; código; contexto, mensagem e receptor que será detalhado no decorrer do capítulo.

Fundamentando os conceitos pertinentes a comunicação organizacional foram destacados em uma abordagem integrada os autores Kunsch (2002) e Torquato (2009).

Para Kunsch (2002, p. 55), “comunicação organizacional é a disciplina que estuda como se processa o fenômeno comunicacional dentro das organizações no âmbito da sociedade global”. A autora faz uma análise da organização como sistema e analisa seu processo de funcionamento a partir da sua relação com os públicos interno e externo. Apresenta a comunicação de forma planejada e integrada. A comunicação organizacional torna-se elemento fundamental para o desenvolvimento das organizações, abrangendo todas as formas

de comunicação de modo transparente e claro, utilizadas para relacionar e interagir com os seus públicos.

Torquato (2002, p. 35) por sua vez afirma que a comunicação organizacional “é a possibilidade sistêmica que integrada reúne as modalidades de comunicação cultural; administrativa; social e sistemas de informação”.

Estas modalidades apresentadas por esses dois autores, embora com denominações distintas, buscam dar conta da complexidade da comunicação nas organizações, interpretando a mesma em uma visão integrada e valorizando o sistema, sua funcionalidade e o seu processo entre a organização e seus diversos públicos. Neste trabalho, especificamente, aborda-se as formas de comunicação entre a organização e seu público interno.

Dentre as diversas organizações, destaca-se que o hospital constitui um dos tipos mais complexos de organização que existe. Nassar (2003) e Senhoras (2007) retratam a organização hospitalar como um grupo humano composto por várias especialidades diferentes, trabalhando em conjunto em uma atividade comum e altamente complexa e completa.

2.1 ORGANIZAÇÕES COMO SISTEMAS ABERTOS

A teoria dos sistemas é de fundamental importância para o estudo organizacional, pois permite compreender as organizações de modo abrangente, considerando o ambiente no qual elas estão inseridas.

Segundo Draft (2008, p. 13), sistema pode ser definido como "um conjunto de elementos interativos que recebe entradas do ambiente, transforma as mesmas e emite saídas para o ambiente externo. A necessidade de entradas e saídas reflete a dependência em relação ao ambiente”.

A teoria geral dos sistemas foi criada pelo cientista alemão Bertalanff na década de 30 e diz respeito a um complexo de elementos em interação e em intercâmbio com o ambiente, explicando a complexidade do mundo com uma visão interdisciplinar e holística, objetivando compreender o funcionamento dos sistemas e analisar a interdependência entre os elementos que o constituem (BAUER,2008).

Katz, Kahn (1976) e Bertalanffy (2008) afirmam que as organizações estão em constante troca com o meio ambiente e com a sociedade em sistemas de interações e troca de energia, classificando-as, assim, como sistemas abertos. As organizações são compostas por fatores interdependentes e, dentre os mesmos destacam os indivíduos; os grupos; as estruturas; os motivos; as atitudes, as interações e as metas.

Concomitante ao que falaram os autores, dentro da realidade deste estudo, o hospital, especificamente o HGMF como qualquer outro sistema aberto, opera com *inputs* energéticos para o seu processo de transformação como bens; mãos de obras; estatuto; competências e informações o que constitui a natureza e o enquadramento da organização com suas metas intrínsecas.

Bueno (2003) informa que a classificação das organizações como sistemas abertos permite ou contribui para seu sucesso e sua permanência, pois quando estas passam por processos de mudanças e transformações, a possibilidade de interações com o meio vem a facilitar sua adaptação, promovendo sua sobrevivência.

Bernardes *et al.* (2007) também se referem a essa visão integrada das organizações como responsável por atender a sociedade e por satisfazer as necessidades dos seus participantes, o que exige uma estrutura para a concretização das suas finalidades. Nesta, as atividades de troca de energias são cíclicas de forma que produto e ambiente se encontram em constante permutação e interação que para manter sua sobrevivência, as organizações tendem provocar modificações no sistema que consomem a energia recebida, transformando-a em outra forma de energia. Os autores salientam esse mesmo caráter de sobrevivência elucidado por Katz e Kahn (1976), destacando que além da interação com o meio, as organizações humanas precisam absorver e utilizar a informação.

A teoria dos sistemas defendida por esses autores propõe um modelo de organização mais avançado em tecnologias, rompendo premissas anteriores, tais como padronização, centralização de poder e excesso de hierarquia. Favorece a integração ao oportunizar a todos os trabalhadores o envolvimento com os objetivos da organização. Dessa forma, a tendência é facilitar os fluxos de informações, a interação e a integração dos grupos, além de possibilitar a flexibilidade na realização das ações no trabalho.

A realização do trabalho e a transformação de energia dependem da comunicação entre as pessoas de cada subsistema e a comunicação entre eles; portanto, as organizações

humanas, por serem sistemas abertos, atuam de maneira interligada na sociedade e estão sujeitas as instabilidades do ambiente no qual estão inseridas.

Lamoglia (2008) define sistema aberto de uma forma resumida, comparando com órgãos do corpo humano onde o sistema nervoso seria o principal e os demais são formados pela soma das partes que interagem entre si e atuam de modo interdependente, formando um conjunto e atingindo objetivos maiores do que se fossem alcançados individualmente. Nesse caso, se um dos órgãos falhar todo o sistema pode ser comprometido.

Em se tratando de unidade hospitalar, Spector (2004) a classifica pela complexidade do sistema e corrobora com a autora acima anteriormente citada ao afirmar que as organizações são como estruturas sociais, podendo ser compreendidas como invenções humanas e, portanto, são sujeitas aos mesmos erros e limitações que outras manifestações da humanidade. Destaca, ainda, a possibilidade de desenvolver técnicas e metodologias aplicáveis não apenas nessa organização como em outros contextos sociais, pois elas propiciam a flexibilidade necessária para focar funções específicas abstraindo a complexidade do todo.

As instituições hospitalares públicas podem ser classificadas como sistemas sociais abertos por suas características funcionais e por serem constituídas de diversos subsistemas externos e internos dentre estes há os técnicos, representados por categorias profissionais especializadas como as de médicos; enfermeiros; psicólogos; nutricionistas; entre outros (SENHORAS, 2007).

Na visão de Conceição *et al.* (2006), a organização hospitalar como sistema é composta de subsistemas tais como o administrativo; o de serviços gerais; as unidades de internamento que divididas em emergência; UTI (Unidade de terapia intensiva); centro cirúrgico. Há ainda os clientes, incluindo pacientes e familiares. Todos esses componentes são constituídos de agentes que interagem entre si e entre unidades com relações de dependência e influência, em dinâmica constante e não linear.

A organização interna do hospital como sistema aberto, segue um modelo organizacional composto por dois processos simultâneos e complementares, um assistencial e outro administrativo, sendo estes considerados indissociáveis, pois poucos profissionais com formação administrativa ousam discutir com médicos e outros profissionais da equipe de saúde sobre o entendimento de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos prescritos ou solicitados no hospital, visando ao bem estar do cliente (MENDES, 1994).

Entretanto, a diversidade e a prática cotidiana dos hospitais apresentam elevada operação dinâmica; ritmo acelerado e atividades distintas. Essas diversas especialidades e habilidades profissionais são subsistemas técnicos dentro de um sistema social aberto, entretanto, essas características funcionais da organização hospitalar permitem considerá-la como sistema social aberto.

2.2 COMUNICAÇÃO

2.2.1 Teoria da Comunicação

Para iniciar uma reflexão acerca do processo de comunicação é preciso compreender alguns conceitos básicos. A palavra “comunicar”, do latim *communicare*, significa pôr em comum. A comunicação compreende não somente a verbalização, mas qualquer forma de transmissão de informação como a que ocorre na escrita; nos gestos; nos símbolos; na postura e no silêncio; segundo Pimenta (2002).

A comunicação emerge desde a descoberta do homem, ou seja, onde há vida existe comunicação (BUENO, 2003), sendo um processo que envolve duas ou mais pessoas no qual são trocadas as informações.

Considerando que, em um hospital o sistema de comunicação é baseado, majoritariamente, na interação de pessoas que lidam com vidas humanas, destaca-se o processo relacional e a comunicação humana. Quando fala em comunicação organizacional, Kunsch (2009) ressalta que se tem de pensar, sobretudo, na comunicação humana e nas múltiplas perspectivas que permeiam o ato comunicativo no interior das organizações. A autora relata que “este é, a nosso ver, o ponto de partida quando se analisa essa modalidade comunicacional. Em primeiro lugar é necessário voltar-se para a comunicação entre as pessoas, uma vez que os seres humanos não vivem sem se comunicar” (KUNSCH, 2009, p.70).

Para Mattelart (2006) a história das teorias da comunicação inicia na Escola de Chicago que considera a sociedade como resultado de uma população organizada em um território cujos membros vivem uma relação “simbiótica”, ou seja, a comunicação resulta da diversidade humana. Em seguida, destaca a importância da Escola de Palo Alto, citando Harold Lasswell Lazarsfeld e Hovland, que, na época, foram contratados para resolver

problemas comunicativos. Foi o palco dos primeiros estudos que aconteceram nos Estados Unidos ainda na década de 30.

Alguns dos estudos desses pesquisadores mais tarde deram origem a novas teorias por terem despertado mais interesse nos meios de comunicação, portanto, somente na década de 70 se começou a notar a importância da comunicação interpessoal, valorizando o sistema social composto por pessoas que mantêm relações de interdependência.

De acordo com Curvelo *et al.* (2013), em um primeiro momento, as teorias apontavam para um comando mais rígido nas organizações, centrado nas decisões de um administrador que planejava, organizava e coordenava racionalmente as atividades dos subordinados. Era a racionalização, sem considerar o indivíduo e sua relação e interação com o ambiente.

Os modelos atuais de comunicação permanecem com a mesma proposta, embora surjam com uma roupagem nova de acordo com as transformações em que as organizações sofrem para enfrentar a complexidade contemporânea. Destaca que a comunicação é um ato inerente aos seres humanos, envolvendo o compartilhamento e a compreensão de mensagens enviadas e recebidas entre dois ou mais indivíduos através da qual os mesmos se relacionam, influenciam e podem modificar a realidade em que estão inseridos (PERUZULLO, 2006).

Para Cardoso (2006), os processos de comunicação contribuem para desenvolver formas mais participativas de inter-relação e mais comprometidas, dando maior flexibilidade às organizações, facilitando sua interação social de modo responsável para conjugar seus interesses com as condições culturais, econômicas e políticas nas quais se movem.

Ainda baseado nos estudos de Curvelo *et al.* (2013), dentro das organizações a comunicação passou a ter papel um estratégico, e numa visão de organização pós-moderna já está mais voltada para a flexibilidade, concedendo maior participação aos empregados. Também destaca os valores de compartilhar; reconhecer e atuar em parceria para atingir os objetivos da organização e considerando as pessoas, o indivíduo no objetivo, no participativo e até em modelos mais voltados para a humanização, como os modelos que buscam a cooperação e a valorização do indivíduo.

De acordo com Heringer (2003, p. 20) “ é através da comunicação que as pessoas compartilham experiências, ideias e sentimentos e influenciam-se mutuamente, modificando a realidade onde estão inseridas”. Desta forma, o processo de comunicação torna-se complexo,

pois cada pessoa utiliza sua própria linguagem, imbuída de significados próprios e as mensagens podem chegar alteradas ao receptor, dificultando uma comunicação completa e eficiente.

Baseado nos estudos citados anteriormente, para que possa entender a comunicação no contexto das organizações, faz-se necessário conceber que esta constitui um processo relacional entre as pessoas de uma organização em busca de um objetivo comum.

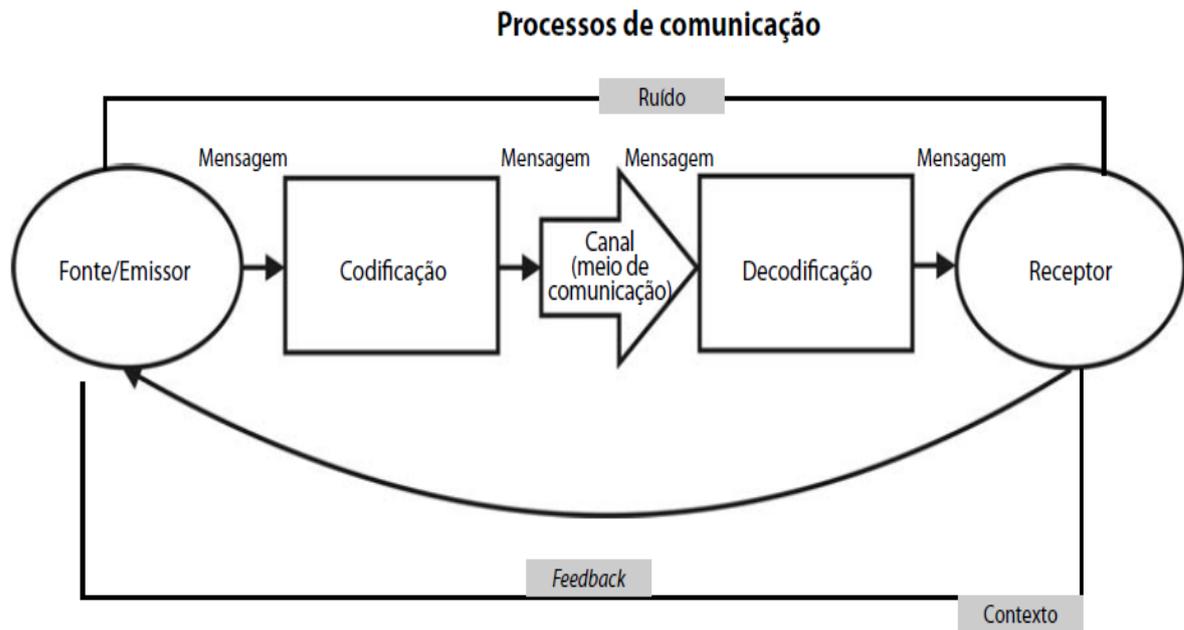
Considerando os conhecimentos que caracterizam e conceituam o campo da comunicação humana, apresenta-se a seguir, as particularidades do processo de comunicação no contexto das organizações.

2.2.2 Processo de Comunicação

Destacaremos o modelo de Berlo (2003) pela aproximação de seu conceito com a realidade estudada. Esse autor define comunicação como um processo com relações dinâmicas e contínuas nas quais os elementos se influenciam mutuamente. Segundo esse modelo, a fonte de informação constitui a pessoa que fala; o transmissor, aquele que envia a mensagem da fonte; o sinal, o discurso a ser transmitido; o receptor, aquele que capta a mensagem para o destinatário; o destinatário, o ouvinte da mensagem e os ruídos, fatores que distorcem a qualidade de um sinal. Este autor reforça ainda, dentre os objetivos da comunicação, a importância de a comunicação guardar o máximo de fidelidade possível e da retroalimentação como um dos componentes do processo de comunicação.

Por isso, importa discutir os fatores associados a fonte, ao receptor, a mensagem e ao canal que determinam a eficiência da comunicação de acordo com o modelo apresentado na Figural.

Figura 1- Processo de Comunicação



Fonte: Berlo (2003).

Em se tratando da fonte é sabido que toda comunicação humana tem uma origem que pode ser uma pessoa ou um grupo com um objetivo e um motivo para se envolver e, com a intenção de expressar alguma coisa. Esse objetivo se evidencia em forma de mensagem transmitida por símbolos, denominados de códigos. De acordo com o autor esse processo acontece somente se existir um codificador que converta as ideias da fonte em mensagens sendo necessário também um condutor, ou seja, um canal, e ainda, para que o receptor possa traduzir a mensagem, o mesmo necessita de um decodificador.

Porém, quando se trata do emissor, o nível de conhecimento é mais um fator que tem de ser considerado no processo, tanto no que diz respeito ao conhecimento do assunto que será veiculado através da mensagem, quanto ao próprio processo de comunicação. A fidelidade da mensagem dependerá ou terá influência direta do conhecimento das informações; das características do receptor, dos meios pelos quais poderá produzir ou tratar as mensagens e também sobre os tipos de canais que poderá utilizar para conduzir a mensagem (BERLO, 2003).

Entretanto, ainda baseado nos estudos deste autor, a forma como uma mensagem é transmitida está intimamente relacionada às características do emissor, pois ele tem de se valer do seu nível de conhecimento e interpretação da informação para que esta seja transmitida sem filtros e deturpações.

Esse mesmo autor, analisando o receptor, considera que seu desempenho na decodificação da mensagem pode ser afetado por vários fatores, mas nenhum deles é tão importante quanto o grau de conhecimento que o mesmo tenha sobre o código utilizado pela fonte. Se o receptor não conhecer o código empregado na composição da mensagem, não poderá interpretá-la, independentemente dos cuidados que a origem possa ter adotado para estruturá-la.

Seguindo o mesmo raciocínio, o autor ainda ressalta que o receptor é o elo mais importante em qualquer processo de comunicação, salientando que se a mensagem não o atingir de maneira compreensível, então todo o processo foi em vão, ou seja, terá sido inútil o esforço de enviá-la. A persuasão, ou seja, a capacidade de o emissor fazer com que o receptor aceite o seu ponto de vista como verdadeiro é uma das principais metas da comunicação e requer criatividade e habilidade para formular bons argumentos, o que não significa manipular e ou suprimir a liberdade de expressão do interlocutor.

Enfim, todas as habilidades influenciam diretamente a análise do receptor, bem como modificam a capacidade de codificar de forma simples e clara o que se pretende expressar, para haver entendimento. Os níveis de habilidades comunicativas determinam a fidelidade da comunicação na medida em que influenciam a capacidade individual de analisar os próprios objetivos e intenções bem como a capacidade de codificar a mensagem de maneira a expressar o que se pretende (BERLO, 2003).

Para discutir fidelidade e eficácia comunicativa, o autor citado anteriormente discorre que a mensagem; o código; o conteúdo e o tratamento são fatores considerados determinantes. O nível de análise do debate ocorre de acordo com o objetivo que se tem ao analisar a comunicação. Assim, podem ser focalizados os elementos e a estrutura do código, que é qualquer grupo de símbolos capaz de ser estruturado de maneira a ter significado para alguém; os elementos e estrutura do conteúdo, que é uma forma lógica de apresentar diversas ideias e ou informações e elementos e estrutura do tratamento, que são as decisões que a fonte toma para selecionar e dispor tanto o código como conteúdo.

Em outras palavras, a teoria da comunicação deixa claro que os significados não são propriedades das palavras, mas sim dos indivíduos. Discorrendo sobre o processo da comunicação, Berlo (2003, p.184) ensina que “se os sentidos fossem encontrados nas palavras, qualquer pessoa compreenderia qualquer linguagem e qualquer código”.

Vergara (2000, p.96) enfatiza a importância de diferenciar comunicação de informação. “Informação pode ter apenas uma via, mas a comunicação é rua de mão dupla”.

As organizações esbarram exatamente nessa compreensão equivocada da mensagem, pois elas encontram seu maior problema nesse fato porque nem sempre ocorre a mão dupla na comunicação. Essa autora reforça ainda que comunicação exige empatia; sensibilidade e códigos de linguagem entre outros fatores para que possa ser e acontecer. Informação envolve o conhecimento de algo ainda com redução de incerteza e comunicação é essa informação transmitida a alguém.

As pessoas ou os grupos dentro de uma organização compartilham significados por meio da transmissão de mensagens, ou seja, a comunicação interpessoal que permite esse processo envolve três pontos essenciais sendo as pessoas; os significados e os símbolos (MOREIRA, 1997), que concomitante a Vergara (2000, p.133), relata que “o poder da comunicação interpessoal está na obtenção dos pontos de vista diferenciados, terreno fértil para soluções criativas”.

Pode-se entender então a importância desse processo de comunicação ao destacar os aspectos da experiência; das atitudes e do conhecimento dentre as habilidades comunicativas e da situação social e das relações, assim como dos elementos como fonte e receptor, pois qualquer interferência ou coerção em um desses elementos poderá fazer com que as mensagens sejam interpretadas de maneiras diferentes, gerando significados que inutilizarão o processo ou alguma atividade a ser exercida.

2.2.3 Objetivos da Comunicação

O objetivo de uma pessoa, ao comunicar-se, está na forma de como esta pode especificar alguma mensagem, tendo consciência da reação que deseja provocar e ainda sendo influente ao ponto de afetar outras pessoas; o ambiente e a si mesmo e, finalmente, tornar-se agente determinante na condução de ações e fatos dentro de uma organização (HERINGER, 2003).

Para Kunsch (2003), a comunicação tem como finalidade assegurar que os fluxos de informação sejam regulares, pois um dos aspectos a ser considerado na comunicação é sua funcionalidade para a manutenção da sobrevivência da empresa.

O objetivo essencial da comunicação é alterar ou influenciar o comportamento das

peças dentro da organização com o poder de legitimá-la. Ideias e informações, ao serem transferidas, são capazes de gerar influências, legitimando o poder normativo e coercitivo da empresa. Isso pode ser exemplificado com a modificação e adaptação do comportamento das pessoas às normas e regras, ou seja, tudo que se volte para o alcance de suas metas (BERLO, 2003).

Torquato (2002) acredita na importância que tem os indivíduos bem informados dentro de uma organização e evidentemente, que tais pessoas tendem a ter maior prazer e satisfação profissional como corrobora Thayer (1976) ao compartilhar essa ideia quando destaca a existência da correlação entre comprometimento e comunicação como facilitador do processo comunicativo.

O poder de “empresas de grande comprometimento, como Federal Express, Toyota e IBM (International Business Machines), dentre outras, é formado com base em confiança e que a confiança requer um fluxo de comunicação de mão dupla” Muitas empresas usam como estratégias investir em programas formais para garantir a boa comunicação (DESSLER, 1995 *apud* TAVARES, 2005, p. 57).

A comunicação faz parte das organizações desde há muito tempo, mas foi adquirindo um novo desenho e maior grau de importância, sendo os funcionários responsáveis por esse processo.

De acordo com Nogueira (2010, p.26):

Ao longo dos anos e dos acontecimentos mundiais, a comunicação interna passou a agregar novas funções até mesmo estratégicas, e entre elas destacam-se a responsabilidade de fortalecer seus vínculos com os colaboradores; disseminar a missão e esclarecer seus objetivos. Para isso, o colaborador é o principal aliado da organização. Desse modo, a comunicação precisa ser clara e fielmente difundida.

Por conseguinte, para que a comunicação dentro da empresa seja eficiente e possa fluir entre todos os setores, pessoas ou grupos de forma que mensagem chegue a seu destino final sem erros ou distorções e a fim de que seja executada uma solicitação recebida e ou que se compreendam as justificativas da organização, faz-se necessário evidenciar as funções básicas da comunicação.

As funções da comunicação se subdividem em controle; motivação; expressão emocional e informação. Essas quatro funções básicas são desempenhadas por todos, e desta forma, se controla o comportamento das pessoas para que elas sigam as normas e as orientações formais da hierarquia. Estimula-se a motivação, tornando claro para o trabalhador

o que deve ser feito, fornecendo ao mesmo tempo o *feedback* de seu desempenho (ROBBINS, 2005).

Moreira (1997, p.37) afirma que “os sistemas de comunicação das organizações são formados por pessoas interagindo; trabalhando; ordenando, obedecendo; reclamando; protestando; discordando; em suma, gente se comunicando”. Desta maneira ressalta a importância da comunicação interpessoal e define que a forma de transmissão e recepção das pessoas estão ligadas aos relacionamentos que estas possuem dentro da empresa.

Todavia é importante que o profissional de saúde, dentro da organização, seja informado e bem informado de seu papel para que ter a liberdade de atuar e se comunicar com mais expressividade.

2.2.4 Barreiras da Comunicação

Diante da importância da eficiência da comunicação nas relações entre dois indivíduos ou em um grupo de pessoas dentro de uma organização visando mais qualidade e credibilidade desta que torna-se fundamental entender os ruídos ou distorções que podem acontecer no fluxo das informações.

Percebe-se, portanto, a necessidade da clareza no conteúdo transmitido pelo emissor de forma que o objetivo seja alcançado, ou seja, o receptor decodifique a mensagem exatamente como o emissor teve a intenção de enviá-la. Quando isso não ocorre é preciso avaliar qual foi a dificuldade que impediu o sucesso desse processo comunicativo, ou seja, importa identificar fatores que funcionam como barreiras da comunicação.

O presente trabalho abordará a estrutura do processo comunicativo e citará os principais ruídos ou barreiras que interferem na eficácia da comunicação, fazendo com que a retroação seja negativa, ou seja, mostrando ao emissor que sua mensagem não foi compreendida corretamente, assim como os bloqueios existentes, as dificuldades e restrições.

Os problemas originados a partir de falhas nos processos, segundo Berlo (2003) e Torquato (2002), são considerados como ruídos; omissão; sobrecarga; falta de informação e acesso. As barreiras para a comunicação são as restrições e limitações que ocorrem entre as

etapas do processo de comunicação, fazendo com que a mensagem não possa chegar de forma fidedigna a seu destino.

A solução de grande parte dos problemas de uma determinada organização está ligada a comunicação, considerando que suas falhas e a falta de socialização das informações são responsáveis por vários desses entraves que poderiam ser evitados com um sistema comunicacional eficaz (TORQUATO, 2002).

De acordo com Heringer (2003, p.34),

Ruído é o nome que se dá a perturbações que prejudicam o processo de comunicação. Todavia, surgem outras perturbações de origem externa ao processo, chamadas interferências, provocando distorções ou distúrbios da mensagem.

Fatores como tais perturbações citadas pela autora podem influenciar negativamente a eficácia do processo da comunicação, dificultando a compreensão da mensagem. Essa autora ainda indica que podem ocorrer outros obstáculos na fonte, como, por exemplo, quando o emissor não transmite de modo claro o significado pretendido, que também segundo Hampton (1992; p. 442), “a transmissão é também um processo perigoso, especialmente quando a mensagem deve passar por intermediários”.

Robbins (2005) corrobora da mesma maneira que Heringer (2003), afirmando que algumas barreiras podem dificultar ou distorcer a comunicação eficaz, como a filtragem, que é o comportamento do emissor de manipular a informação para que ela seja vista de modo mais favorável pelo receptor.

De acordo ainda com esse autor, a percepção seletiva constitui-se como outra barreira e nesse caso, o emissor ou receptor, vê; escuta e interpreta a mensagem com base em suas próprias necessidades; motivações; expectativas e experiências pessoais. A sobrecarga de informações ocorre quando o conteúdo das mensagens transmitidas supera a capacidade de processamento e organização do receptor. Finalmente, a influência das emoções na transmissão e interpretação das mensagens constitui um tipo de barreira em que os estados emocionais mais extremos tendem a impedir a comunicação eficaz.

Outro comportamento como obstáculos ao receptor pode também ameaçar a boa comunicação, que conforme Santos (1997, p.36) “podem ser responsáveis pela falha no recebimento da mensagem como algumas deficiências pessoais; auditivas; visuais; de egoísmo; de desconfiança; de nervosismo; de ignorância; de insegurança e de derrotismo”.

Sendo assim, a fidelidade do emissor e os ruídos são as duas faces diferenciadas, pois a existência de um fator inviabiliza o outro, ou seja, se houver ruído haverá redução da fidelidade e vice-versa, e ainda, para que a organização possa ser bem sucedida, é fundamental que o receptor compreenda o significado da mensagem com o máximo possível de fidedignidade.

É importante a eficiência da comunicação nas relações, pois quanto mais eficiente ocorre o processo, mais qualidade e credibilidade a organização terá (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Nota-se conforme citam Reicher e Fonseca (2012) que há necessidade de clareza no conteúdo transmitido pelo emissor de forma que o objetivo seja alcançado, ou seja, o receptor decodifique a mensagem exatamente como o emissor teve a intenção de enviá-la. Quando isso não ocorre é preciso identificar e avaliar quais foram as barreiras que impediram o sucesso desse processo comunicativo.

Para situar melhor o contexto deste estudo caracteriza-se especificamente a seguir, a comunicação organizacional, destacando-a como importante para a operacionalização das relações entre multiprofissionais, visando um atendimento mais qualificado ao cliente.

2.3 COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL

Muitos autores tem se preocupado em definir e caracterizar comunicação organizacional e seu campo de abrangência, evidenciando a necessidade de atribuir-lhe um papel estratégico e uma importância cada vez maior nas organizações.

Vários conceitos como os de comunicação empresarial (CE) e comunicação corporativa (CP) são utilizados no Brasil para designar todo o trabalho de comunicação empreendido pelas organizações em geral.

Entretanto, nesta dissertação, adotar-se-á somente o conceito de comunicação organizacional (CO), uma vez que a pesquisa empreendida se dirige a uma unidade prestadora de serviço de saúde pública. Os estudos em comunicação organizacional tem se ampliado e suas transformações teóricas serão apresentadas em uma trajetória histórica neste trabalho.

2.3.1 Trajetória das Teorias da Comunicação Organizacional

Tendo em vista a importância da comunicação como força propulsora fundamental para o desenvolvimento das organizações, os estudos em comunicação organizacional vem alcançando progressos com a ampliação de visões e conceitos nessa área (CARDOSO, 2006; LEMOS, 2011; SOARES; MONTEIRO, 2012).

As pesquisas em CO surgiram nos Estados Unidos, a partir da observação de diversas práticas estimulando a investigação científica. No Brasil, predominam o modelo de gestão e de prática, seguindo o mesmo padrão baseado na teoria funcionalista. Esta teoria foi fundamentada no pensamento norte americano surgindo na era do positivismo e trata a comunicação como ferramenta para transmissão da informação seguindo um modelo clássico de fonte, receptor e mensagem. Sua proposta era identificar o que dificultava a eficácia da comunicação (CASTRO, 2014).

Para compreender melhor as transformações nesse âmbito, segue um breve resumo das correntes teóricas, que segundo Scroferneker (2006), o surgimento dessa área tem como referência dois grandes períodos de 1900 a 1970 e de 1970 até os dias atuais. A autora cita Pozo Lite (ANO), relatando que o primeiro período se estende até 1970, quando predominam diferentes teorias como a doutrina retórica tradicional, a teoria das relações humanas e a teoria da gestão organizacional.

A teoria tradicional segue uma perspectiva cujo comportamento pode ser medido, padronizado e classificado. Há uma relação entre processo comunicacional e eficiência organizacional. Nessa abordagem podem ser identificados dois momentos: primeiro, ao considerar a organização como máquina dentro de uma visão mecanicista em que a comunicação organizacional é tida como uma engrenagem em um processo mecânico. O modelo mecanicista tem a função de instruir e advertir sobre as consequências do não cumprimento de ordens (NASSAR, 2012). Segundo, sob uma perspectiva mais recente, a organização é tida como sistema, desta forma a comunicação organizacional é um processo orgânico e dinâmico (SCROFERNEKER, 2006).

Ainda de acordo com esta autora a origem da teoria das relações humanas vem das necessidades de humanizar e democratizar a administração, libertando-a dos conceitos rígidos e mecanicistas da teoria Clássica e adequando-a aos novos padrões de vida do povo americano. E a teoria da gestão organizacional surge das novas vertentes da administração

que foram exploradas com o intuito de complementar ou unir parte das teorias já existentes e, assim, compreender a organização, sua estrutura e a interdependência de suas relações.

A partir de então, os trabalhos sobre comunicação organizacional foram influenciados pelos interesses da comunicação empresarial e industrial, e as abordagens teóricas centraram-se na teoria moderna ou empírica, na teoria naturalista e na teoria crítica (SCROFERNEKER, 2006, p.48).

A teoria moderna ou empírica tem os seus objetivos voltados para a medição e controle com ênfase no empirismo quantitativo. A teoria moderna tem a preocupação na medição e no controle uma vez que as organizações eram compreendidas como entidades racionais e instrumentais, e a comunicação era uma mera ferramenta para o cumprimento de objetivos e metas (TORQUATO, 2002). A comunicação, portanto nessa perspectiva se caracteriza como um modelo linear e mecânico, como uma engrenagem de uma máquina.

A teoria naturalista busca revelar a organização a partir de uma 'verdade' que está fora dela, na medida que a realidade organizacional é fruto da construção social, isto é, vai sendo construída historicamente. A comunicação é parte integrante da organização, no sentido de que a comunicação faz a organização, isto é, é a condição necessária da organização (SCROFERNEKER, 2006).

Ainda baseados nos estudos desta autora, a teoria crítica é mais recente e a organização é vista sempre como uma arena de conflitos ou como um campo de batalha. E a realidade organizacional é o reflexo desses 'embates', sendo considerada como um 'instrumento de dominação e opressão'. A comunicação assim, assume um papel de mecanismo de mascaramento das realidades materiais da organização.

Até a década de 60 os estudos de comunicação organizacional eram centrados nas comunicações em negócios e na indústria, assim como nas habilidades comunicativas, na eficácia dos meios de utilizados e nas relações humanas. De 1960 a 1980 surgem os primeiros trabalhos sistematizadores "do estado da arte" da comunicação organizacional. Entretanto, os estudos ainda se limitavam a uma visão instrumental, segundo Kunsch (2009).

Na década de 80 emergem as correntes da teoria moderna ou empírica, da teoria naturalista e da teoria crítica. Para Kunsch (2009), até os anos 80, a pesquisa em comunicação organizacional se caracterizava por uma forte vertente funcionalista. Nos anos 80 a 90 há um período de convergências dos estudos e avanços, podendo-se dizer que as abordagens das

pesquisas emergentes competem com as tradicionais estabelecidas.

A década de 90 é caracterizada pela emergência de uma série de teorias e propostas que tentam enxergar as organizações e interpretá-las conforme Uribe e Zuluaga (2003). Numa visão mais abrangente, Scroferneker (2006); Kunsch (2006) e Torquato (2009), com base em estudos realizados por Collado (2003), consideram mais duas teorias como a teoria narrativa pós-moderna e a teoria da administração. A teoria narrativa pós-moderna se baseia em equipes com propostas básicas que alimentam a comunicação das organizações.

Mumby (2010) aponta que os estudos críticos da organização proporcionam mudanças no paradigma nos Estados Unidos e na Europa, “desafiando as próprias premissas sobre as quais o campo havia sido construído muitas décadas. Este mesmo autor confirma que nos estudos críticos procurava-se compreender as formas usadas pelas pessoas para fazer significados, “ no contexto de estruturas maiores de poder” (MUMBY, 2010). Esses períodos traziam características específicas ao processo organizacional, pois eram baseados em poder e resistência, procurando mostrar a parcialidade real e a complexidade da empresa, segundo Scroferneker (2006).

A teoria administrativa que não será abordada nesta pesquisa, mas que foram citados como características da década de 90, destacava o papel dos líderes, e a comunicação que era multidirecional, o que impactava significativamente nas empresas, tendo mais força (URIBE; ZULUAZA, 2003).

No ano 2000, segundo Kunsch (2009) evidenciaram-se múltiplas perspectivas dos estudos da comunicação organizacional, havendo benefícios com a exploração tanto das tensões como das conexões entre as perspectivas teóricas e dialógicas.

A comunicação organizacional desenvolveu uma identidade interdisciplinar, abrigando várias perspectivas teóricas e pressupostos epistemológicos, incluindo (pós) positivismo, realismo, interpretativismo, retórica, teoria crítica, pós-modernismo e pós-estruturalismo, feminismo e pós-colonialismo. Na primeira década do século XXI a mesma pode ser considerada como um campo de perspectivas múltiplas e universal em sua abordagem, por seus métodos, suas teorias, seus âmbitos de pesquisa e seus postulados filosóficos. (KUNSCH, 2009, p.71).

Esta autora defende ainda a CO como forma integrada dentro da pluralidade conceitual dos estudos brasileiros. No Brasil, os pesquisadores da comunicação organizacional como Torquato (2003) e Kunsch (2009) seguem uma abordagem sob uma visão estratégica, dentro de uma visão integrada.

Diante da trajetória histórica descrita, percebe-se que o conceito de CO se desenvolve

paralelamente ao desenvolvimento econômico, social e político do século XX no país, pois a mesma inicia sua vigência dentro das empresas privadas e seu retorno positivo incentiva o interesse de outros segmentos da sociedade em utilizá-la como ferramenta. Os estudos desenvolvidos principalmente a partir da década 80 contribuem para que a CO tenha um papel estratégico (CURVELLO, 2002).

Seguindo a progressão das várias teorias da comunicação organizacional, Kunsch (2003) ressalta que a mesma é fundamental para qualquer tipo de empresa, envolvendo todos os tipos de comunicação tanto com o público interno como com o público externo.

Essa mesma autora, em relata que o modelo técnico-funcionalista não é mais suficiente e não atende mais a organização em vários aspectos. Sendo assim, a organização tem que desenvolver estratégias para transmitir a informação e pensar em uma “perspectiva mais interpretativa que instrumental e marcada por uma visão do mundo clara e consciente”. (KUNSCH, 2012, p.19).

Além disso, outros fatores podem estar envolvidos na complexidade das organizações, entre eles, destacam-se os participantes que nas atividades rotineiras convivem com crenças; valores; significados e perspectivas diferentes e até convergentes, causando situações de desordem nas organizações, pois “pela complexidade, o sujeito pensante é concebido como produtor e produto de seu pensamento e de suas construções.” (BALDISSERA, 2009, p.142).

Kunsch (2012, p. 47) destaca a existência de “organizações que não se transformam por escolha, mas por pressões externas” e de acordo com Oliveira (2009, p.337) “[...] é preciso acompanhar as mudanças paradigmáticas e refletir sobre elas. Assim, acompanhar a complexidade e as turbulências do mundo que provocam grandes mudanças no ambiente organizacional”.

A comunicação organizacional destaca-se como objeto deste estudo, pois as organizações passam constantemente por mudanças e transformações e, no âmbito de suas relações com seus públicos interno e externo, requerem um processo de CO adequado e eficiente para que possam processar adequadamente as informações, o que influencia positivamente no resultado final.

Logo surge a necessidade de se debaterem as formas e os níveis de comunicação nas organizações de maneira a ampliar o entendimento das variáveis que se apresentam no processo

de comunicação no setor de saúde. Com isso, objetiva-se entender a dinâmica das variáveis que estruturam o processo de comunicação nas organizações hospitalares.

2.3.2 Formas de Comunicação nas Organizações

As mensagens podem ser transmitidas de diferentes maneiras e as comunicações interpessoais são feitas no formato falado ou escrito. Como uma grande percentagem da interação humana ocorre por meio desses dois formatos, os estudos se concentram nas vantagens e desvantagens dessas duas formas de comunicação. Muitos indivíduos preferem a intimidade da comunicação oral, enquanto outros preferem a formalidade e a precisão da comunicação escrita (KUNSCH, 2006).

Entretanto, o tempo; o custo; a rapidez; as preferências pessoais; as habilidades individuais; os recursos disponíveis e outros fatores são critérios decisivos para o tipo de escolha dos canais. Para que o processo de comunicação seja efetuado, ou seja, o repasse de informação aconteça, é necessário que a organização utilize os meios ou canais de comunicação formais, para que não ocorram ruídos e nem mensagens indevidas circulem.

Segundo Torquato (1986, p. 94-95), os meios ou canais mais utilizados são os visuais e os auditivos:

Visuais: a) escritos: instruções e ordens circulares; manuais e quadro de avisos; murais; boletins; jornais e revistas; panfletos; relatórios de atividades; formulários; fax; eletrônicos e *e-mail*. b) pictográficos: pinturas e fotografias; desenhos; diagramas; mapas. c) Escritos-pictográficos: cartazes; filmes mudos com legenda; gráficos; diplomas e certificados. d) simbólicos: luzes; bandeiras e flâmulas; insígnias. Auditivos: a) diretos: conversas; entrevistas; reuniões; conferências. b) indiretos: telefone; rádio; intercomunicadores automáticos; alto-falantes. c) simbólicos: sirenes; apitos e buzinas; sinos e outros sinais. d) audiovisuais: filmes; demonstrações; vídeo; videoconferência e videofone.

De acordo com Terciotti (2010), além de todos esses meios encontrados e facilmente utilizados nas organizações, em um ambiente cada dia mais inovador, com avanços da tecnologia, é impossível imaginar uma organização sem a participação da *internet* e das redes sociais.

Em se tratando de a organização hospitalar, a comunicação em sua maioria acontece na forma verbal, mas a comunicação escrita fica evidente nos registros do prontuário do paciente. O prontuário deixou de ser denominado de prontuário médico para prontuário do

paciente. Toda equipe de saúde registra informações que facilitará a assistência do paciente de forma multidisciplinar.

Isso significa que **o prontuário do paciente deve conter informações que assegurem a continuidade do atendimento do mesmo desde a sua entrada na instituição de saúde até sua saída** e ajuda a criar relações positivas entre o paciente e os provedores de cuidado em saúde, facilitando a execução e garantindo o cuidado qualificado do paciente como pessoa (IYER *et al.*,1993).

2.3.3 Níveis de Comunicação nas Organizações

Thayer (1976, p. 120) afirma que “é a comunicação que ocorre dentro da organização e a comunicação entre a empresa e o seu meio ambiente que definem e determinam as condições de sua existência e a direção de seu movimento”. Para esse autor, a comunicação é um elemento vital dentro das atividades administrativas.

Os níveis de análise da comunicação nas organizações dependem da sua tipologia e de seus objetivos. O autor ainda descreve o nível que se refere ao indivíduo como receptor de informações; a organização e a sua arquitetura funcional; ao ambiente e aos meios técnicos presentes no ato comunicativo, ou seja, concomitante a Thayer (1976) e Hall (1984) os níveis são intrapessoal; interpessoal; organizacional com o interdepartamental; as interunidades e o ambiental e; tecnológico.

A comunicação assume muitas formas nas organizações sendo que algumas são totalmente interpessoais, outras dizem respeito aos assuntos internos da organização, e outras, que ainda se voltam para os vínculos entre a organização e seus ambientes (HALL, 1984).

No nível intrapessoal, a preocupação maior é o estudo do que se passa dentro do indivíduo enquanto este adquire; processa e consome informações. Esta comunicação vai depender muito da capacidade de cada um; da suscetibilidade e do universo cognitivo do indivíduo. No nível interpessoal se analisa a comunicação entre indivíduos, como as pessoas se afetam mutuamente e, assim, se regulam e controlam uns aos outros. No nível organizacional se trata das redes de sistemas de dados e dos fluxos que ligam entre si os membros da organização e esta com o meio ambiente. Por fim, no nível tecnológico, o centro de atenção recai na utilização dos equipamentos mecânicos e eletrônicos, nos programas formais para produzir, armazenar, processar, traduzir e distribuir informações. (THAYER, 1976, p.47).

Esses níveis são reproduzidos mais tarde por Torquato (1986, p.51) não mais em quatro níveis, mas sim em três níveis e os denomina diferentemente. Prefere chamar de grupal o nível organizacional e classifica os tipos de comunicação em três dimensões sendo estas

comportamental (nível intrapessoal; interpessoal e grupal); social, que envolve a organização e o sistema social; e cibernética, que agrupa os circuitos de captação; armazenamento; tratamento e disseminação de informações no âmbito organizacional.

Desse modo, a comunicação é fundamental ao sucesso das organizações, por impulsionar sua dinâmica, contribuindo para criar ou modificar os comportamentos e o modelo de gestão. Sendo assim, Robbins (2002) afirma que a rede de comunicação cumpre quatro funções básicas as quais se interagem entre si como o controle do comportamento das pessoas, motivação, expressão emocional e facilitador na tomada de decisões.

2.3.4 Redes de Comunicação

As redes de comunicação tem influência direta sobre os modos de comunicação dentro de uma organização e por isso é tão importante a compreensão dessa dinâmica.

O conjunto de canais que liga indivíduos; departamentos e setores recebe o nome de rede de comunicação. Na comunicação interna tem de ser identificados dois tipos de canais sendo o formal e o informal. Nesse sentido, a estrutura bem organizada de uma empresa facilita o trabalho das pessoas que precisam se comunicar de forma escrita ou oral. A rede de comunicação, portanto, reflete a estrutura organizacional.

Torquato (2009) descreve as mesmas redes tendo como rede formal aquela constituída por instrumentos oficiais e legitimados pela estrutura burocrática como relatórios; ofícios; memorandos; jornais; *intranet* dentre outros e a rede informal que é composta por todas as manifestações espontâneas do grupo ou de pessoas que tomam um caminho natural dentro da empresa. São pessoas que demonstram seus interesses; expectativas e emoções, como em exemplo claro, a existência dos boatos e do “rádio corredor” que são conversas paralelas que ocorrem dentro da organização.

Seguindo o entendimento desse autor, na rede informal muito utilizada para resolver tarefas pontuais, as comunicações ocorrem por meio do desempenho pessoal mais rápido e preciso em relação as tarefas simples e rotineiras, mas quando se exigem tarefas mais complexas, com mais precisão de registro, torna-se mais adequada a rede formal que lança mão dos instrumentos e canais que possibilitam o registro quase sempre de forma escrita.

Uma empresa compreende duas grandes redes de comunicação que se interpenetram ou se cruzam de acordo com as necessidades e circunstâncias em que as informações

necessitam de uma resposta rápida. Estas dependem de um critério no processo de comunicação quanto à necessidade de rapidez ou de registro nas fontes da informação.

De acordo com Kunsch (2009), a rede informal parece se fortalecer por meio das relações interpessoais, principalmente no fluxo horizontal, quando sua ocorrência é canalizada para o lado positivo e construtivo, pois a mesma ajuda a organização a buscar respostas mais rápidas, facilitando o convívio e a organização. Portanto, essas redes de boatos costumam ser mais rápidas que os canais formais de comunicação, porque elas não consideram a hierarquia ou a autoridade e podem acontecer em qualquer direção como horizontal; vertical ou diagonal.

Além dos canais formais e informais, deve-se atentar para os tipos de fluxos da informação utilizados na comunicação interna das empresas, pois segundo Kunsch (1997, p. 35), “a CO se realiza por meio de três fluxos sendo estes descendentes; ascendente e lateral e de uma forma bidirecional como vertical e horizontal” As organizações apresentam um ou mais desses fluxos dependendo da comunicação administrada.

São vários os veículos utilizados pela comunicação interna e, dentre eles, pode ser citados os relatórios; as circulares; os boletins; as folhas soltas; os folhetos completos; os *folders*; os jornais; as revistas; os manuais de instrução e apostilas (CAVALCANTE, 2008).

É de suma importância conhecer todas as ferramentas existentes que envolvem o processo de comunicação, pois elas possuem características específicas que se adequam ao momento; ao objetivo de transmissão da mensagem; aos recursos disponíveis para o desenvolvimento de um planejamento estratégico ou a resolução de alguma situação.

Segundo Tavares (2010), as informações que envolvem a organização e os colaboradores da instituição abrangem departamentos; unidades; pessoas do mesmo departamento; chefias; supervisores; diretores; etc. Nesse sentido, destaca-se entre os fluxos de comunicação a comunicação ascendente; comunicação descendente; comunicação lateral; fluxo diagonal e transversal, questão esta que será discutida a seguir.

2.3.5 Fluxos de Comunicação

Um dos aspectos a ser considerado a respeito do processo de comunicação em uma organização é sua funcionalidade, portanto, a direção da comunicação e seus fluxos exercem grande influência sobre a eficácia do processo comunicativo.

Nesse contexto, os fluxos de comunicação são os diferentes caminhos que as informações tomam dentro da empresa e conforme Kunsch (1997), as mais citadas são a comunicação descendente; a ascendente; a horizontal ou lateral; a transversal ou diagonal e a circular.

A comunicação descendente se direciona da cúpula para a base e é também chamada de vertical. Ela segue o comportamento de cada nível hierárquico a partir de regras; rotinas e regulamentos. Nesse tipo de fluxo, a grande maioria dos funcionários não pode opinar sobre as ações estabelecidas, apenas executá-las (KUNSCH,1997).

Na comunicação ascendente, as informações fluem de baixo para cima e por meio de instrumentos a partir de um planejamento da escuta dos funcionários através de caixa de sugestões; pesquisa de satisfação e avaliação de desempenho pessoal. Todas as pessoas, mesmo em uma posição hierárquica inferior, podem opinar e enviar sugestões a cúpula da organização. Nas organizações mais modernas, a busca por uma participação mais ativa dos trabalhadores incentiva as comunicações ascendentes e as torna uma ferramenta de rotina.

Essa mesma autora define comunicação lateral ou horizontal como o fluxo de informações que ocorre entre pessoas de níveis hierárquicos semelhantes. Quando bem conduzida, ela cria condições favoráveis a otimização dos serviços e a um melhor desempenho organizacional.

Na comunicação horizontal ou lateral, a direção do fluxo de informações pode, segundo Katz e Kahn (1976), movimentar-se entre iguais ou pares, no mesmo nível organizacional, isto é, a comunicação se processa entre departamentos, seções, serviços ou pessoas situadas no mesmo plano da organização social. (KUNSCH, 1997, p. 36).

De acordo com Tavares (2010), o fluxo horizontal ou lateral está relacionado a pessoas que estão no mesmo nível do organograma, ou seja, dentro e entre departamentos. No caso de organizações da área de saúde este tipo de fluxo favorece a participação dos profissionais; facilita a resolução conflitos e fortalece a coesão interna. Como exemplos de fluxo horizontal podem ser citados os eventos; as reuniões ou encontros entre departamentos; os relatórios e os comunicados.

Ainda segundo o autor, a comunicação horizontal é menos frequente, pois esta exige que os funcionários estejam dispostos a falar sem medo de represálias e, principalmente, que os gestores criem canais que permitam e proporcionem esse contato com os colaboradores, como reuniões periódicas; entrevistas pessoais; pesquisas e caixas de sugestões, dentre outros.

No entanto, para Cavalcante (2008), não se pode afirmar que um desses tipos discutidos por Kunsch (2009) seria o ideal para constituir o fluxo de informações de forma absoluta dentro de uma organização, pois tanto o fluxo ascendente quanto o descendente são tipos unidirecionais e o tipo horizontal apresenta bidirecionalismo restrito apenas aqueles que se encontram na mesma posição dentro da empresa.

Além desses fluxos há o diagonal que de acordo com Torquato (2002, p. 41),

Trata-se de mensagens trocadas entre um superior e um subordinado localizado em outra área e ou departamento, ou seja, abrange as comunicações diagonais comuns em organizações mais abertas, menos burocráticas e com forte peso nos programas interdepartamentais.

A comunicação transversal, cruzada ou diagonal está presente nas relações entre duas pessoas de níveis hierárquicos diferentes ou que não tenham dependência entre si. Um dos principais resultados desse processo é a criação de uma linguagem comum entre todos os membros e um exemplo desse tipo de comunicação é a troca de *e-mails* entre esses profissionais (TEIXEIRA, 2007).

Para Kunsch (1997), nas organizações é natural a utilização de um ou mais fluxos de modo a criar condições para que as pessoas interajam de diversas formas e utilizem diversas ferramentas tais como reuniões; conversas paralelas; telefone; memorandos; cartas; circulares; quadros de avisos; relatórios; caixas de sugestões; publicações e vídeos; dentre outros, pois a tendência é permitir que a comunicação ultrapasse as fronteiras tradicionais, o que constitui característica de organizações flexíveis.

Flores e Orozco (1997) denominam fluxo circular aquele que envolve todos os níveis sem definir as direções tradicionais e seu conteúdo depende da aproximação e das relações interpessoais entre os indivíduos.

Para que a comunicação tenha condições de fluir é preciso considerar como os fluxos ocorrem, pois eles exercem grande influência sobre a eficácia do processo. É no nível dos fluxos, ou seja, nos caminhos que a informação percorre, que acontecem os desvios e os ruídos que atravessam a comunicação. As informações necessitam ser transmitidas considerando os fluxos descendentes; ascendentes; em direções laterais internas e em direções laterais externas (TORQUATO, 2002).

Nesse ponto, faz-se necessário aplicar um recorte específico para a observação de processos internos, uma vez que o foco desta pesquisa é descrever os processos de

comunicação interna de uma organização hospitalar pública, não atingindo o público externo, como os usuários dos serviços de saúde; seus familiares; fornecedores, e etc.

2.3.6 Comunicação Interna

Para discutir comunicação interna tem-se de considerar o contexto da comunicação organizacional em que está inserida a comunicação interna. No que se refere a CO, Kunsch (1997) traz uma classificação mais abrangente com quatro categorias sendo comunicação institucional por meios das relações públicas; comunicação interna; comunicação administrativa e comunicação mercadológica por parte do *marketing*. Todas elas podem ser administradas sob uma mesma direção, e ainda, a comunicação interna se divide em fluxos; redes informal e formal; canais ou veículos de comunicação.

Ainda segundo a autora, em 2003 esta salienta que a comunicação integrada implica a convergência das quatro modalidades comunicacionais atuando sinergicamente, representando um conjunto de princípios para a orientação da comunicação organizacional.

Pressupõe-se, portanto, a convergência de todas as atividades em uma política global e direcionada para com os objetivos da organização, principalmente produtividade; redução de custos e lucratividade. Para isto, é necessário executar processos administrativos como planejamento; organização; direção e controle em conjunto para o que exista uma série de métodos e técnicas que garantam um processo comunicacional ininterrupto (KUNSCH, 2009).

Torquato (2002) reúne quatro modalidades também em uma perspectiva sistêmica e integrada, considerando quatro dimensões. A primeira dimensão é a da comunicação cultural que abrange os climas internos; a segunda dimensão diz respeito a comunicação administrativa que são todos os elementos de comunicação ligados ao fluxo de informação interna que estabelecem as relações entre setores, chefias e colaboradores. A terceira dimensão é a comunicação social que envolve atos de comunicação indiretos; unilaterais e públicos. A quarta dimensão é chamada sistema de informações tendo por objetivo agregar e gerenciar as informações armazenadas em bancos de dados.

A comunicação administrativa abrange todos os conteúdos do cotidiano da administração da empresa, buscando atender as áreas centrais de planejamento e as estruturas

técnico-normativas (TORQUATO, 2002), tendo como finalidade orientar; atualizar; ordenar e reordenar o fluxo das atividades funcionais.

A comunicação interna contempla a busca do envolvimento dos colaboradores com a organização, utilizando-se para isso, de programas e instrumentos de comunicação que possibilitem o diálogo entre o indivíduo e a organização. Kunsch (2003) considera a comunicação interna uma área estratégica que deve compatibilizar os interesses entre a direção e todo o corpo funcional. Com isso, abraça uma proposta maior de cumprir metas e objetivos da empresa através do engajamento associativo da cúpula diretiva e de seus subordinados.

De acordo com Teixeira (2007), os fluxos internos que acontecem em diferentes níveis e se caracterizam pelas informações que envolvem a empresa e os colaboradores fazem parte da comunicação interna.

A comunicação interna abrange a troca de informações entre departamentos; órgãos; unidades ou pessoas dos mesmos departamentos; órgãos e unidades; entre chefias; entre funcionários e chefia direta; como supervisores e gerentes, chefia indireta como diretores e presidentes (TAVARES, 2010).

A tendência da CO apontada por Pereira (2003) é de dividi-la em duas partes sendo a interna dirigida apenas ao pessoal da organização e a externa dirigida aos públicos externos, visto que o fluxo de mensagens sofre influência do comportamento e de opiniões tanto do público interno como externo.

A comunicação interna ocorre em paralelo com o fluxo comunicacional interdepartamental, possibilitando o funcionamento da instituição. Nesse caso, as informações são de interesse único e exclusivo do público interno, sem intuitos mercadológicos explícitos e sim institucionais direcionadas exclusivamente aos funcionários. Considera-se o público interno como o porta-voz da organização (KUNSCH, 2003).

Afirma que a comunicação interna é como um esforço colaborativo entre os departamentos de comunicação empresarial e de recursos humanos, sendo que, para conseguir o desenvolvimento contínuo da mesma, a empresa precisa de ter uma missão. A organização necessita de desenvolver ações que auxiliem na conscientização sobre a importância do alcance de seus objetivos não somente aos seus colaboradores, enquanto profissionais, mas às demais empresas da sociedade enquanto públicos-alvo. (ARGENTI, 2011, p.71).

Kunsch (2007) reforça que a comunicação interna deve ser pensada de forma estratégica, ao afirmar que é necessário buscar novas formas de comunicar, realizando

diagnósticos situacionais concretos e dentro de um planejamento, ou seja, tratar a comunicação interna como uma comunicação planejada. É necessário propor novas alternativas para a integração das relações dentro da organização, aproximando e compartilhando ideias entre os indivíduos envolvidos e construir uma história.

Em uma visão de comunicação interna integrada e estratégica, defende-se que nas discussões sobre comunicação, compreende-se que esta somente será estratégica se for integrada às políticas; aos objetivos e às estratégias da organização (SILVEIRA, 2011).

Heringer (2003, p. 38) afirma que “a comunicação interna e a formação estão intimamente relacionadas”. O sistema de comunicação ou como se processa a comunicação adotado por uma organização, define a forma de transmissão e recepção das mensagens de acordo com o relacionamento dos envolvidos, dependendo da integração, do grau de liberdade e do nível hierárquico.

A comunicação interna favorece a troca de informações, contribuindo para a construção de conhecimento e compartilhamento de ideias que se expressam nas atitudes e intervenções dos indivíduos. Kunsch (2007) descreve comunicação interna como uma comunicação elaborada e planejada para o público interno.

Ainda de acordo com a autora, a comunicação interna ganha uma dimensão mais complexa, abrangendo um conjunto de ações dentro da organização e para isso dispõe de canais e instrumentos diversos que atuam sinergicamente com outras áreas, além dos diferentes fluxos que a mesma pode seguir devido as barreiras e distorções das mensagens e, por ainda depender de redes formais e informais.

Dessa forma, é a comunicação organizacional que permite o estabelecimento de ações e estratégias para que se possa agilizar o fluxo de mensagens entre os membros de uma organização de saúde ou entre a organização e seus públicos, influenciando em opiniões; atitudes e comportamentos.

A comunicação interna não pode ficar isolada no conjunto da comunicação integrada e exige um planejamento adequado e consistente. “Este, por sua vez, tem de buscar subsídios nas informações obtidas com a realização de um planejamento estratégico a fim de que os programas a serem desenvolvidos correspondam às exigências das demandas externas. ” (KUNSCH, 2003, p. 160).

Sendo assim para se ter credibilidade e promover a interação social com seu público, a comunicação integrada e estratégica é indispensável na imagem e desempenho de uma organização.

2.4 ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Este capítulo objetiva apresentar o hospital como organização de saúde, discutindo sobre a trajetória das práticas de saúde especificamente assistenciais, a natureza e as especificidades dos serviços de saúde, além da evolução dos hospitais e da saúde dentro dessas organizações. Também será contemplada uma breve revisão sobre hospitais no cenário público, de forma a destacar a importância desse formato para a pesquisa desenvolvida.

As organizações são estruturas voltadas para a produção de bens ou serviços, objetivando tanto o lucro como uma relação de troca entre elas e seu público (NASSAR, 2003).

Kunsch (2003, p. 19) afirma que “vivemos numa sociedade organizacional, formada por um número ilimitado de diferentes tipos de organizações, que constituem parte integrante e interdependente da vida das pessoas”.

Ainda esta autora salienta que isso ocorre porque desde que as pessoas nascem, elas se deparam com um número enorme de organizações como hospitais; escolas; igrejas; empresas; órgãos públicos; entidades recreativas e sociedade civil. É através delas que os indivíduos se alimentam; se vestem; se locomovem; tem tempo de lazer; se sentem em segurança; recebem seu salário; podem desfrutar de satisfação social e cultural, entre tantas outras coisas.

O setor hospitalar se caracteriza como parte integrante de um sistema coordenado de saúde. Sua essência está em prestar à sociedade serviços assistenciais preventivos e curativos.

Segundo Silveira (2008), os estabelecimentos de saúde ou unidades de serviços de saúde podem ser classificados como clínicas; prontos-socorros; postos de saúde; ambulatórios e hospitais sendo esse último caracterizado por oferecer leitos para a internação de pacientes, constituindo 9,3% de todos os estabelecimentos de saúde.

Conforme Malagon-Lodono (2000), os hospitais são considerados como organizações que funcionam dentro de um sistema de saúde sendo um centro de referência para receber os

pacientes cujos problemas não puderam ser resolvidos na atenção básica e ambulatorial. Tem como missão a recuperação da saúde dos indivíduos e para isso estão voltados todos os esforços administrativos, técnico-científicos e de pesquisa, sob a responsabilidade de uma equipe adequadamente preparada e selecionada de profissionais.

O paciente, assim como qualquer usuário de uma organização, desde sua admissão até sua alta, passa por diversas etapas dentro da instituição. A recepção é a porta de entrada desse usuário, sem discriminação de qualquer natureza quanto aos aspectos técnicos; éticos bem como humanos. Assim como todos os atendimentos que vierem a acontecer no âmbito hospitalar deverá ter uma abordagem qualificada e humanizada. Esse é o atendimento esperado pelos usuários.

2.4.1 Hospital como Organização de Saúde e suas Especificidades

Dentre os mais variados tipos de organização existe a organização hospitalar, destinada a oferecer leitos para internação de pacientes.

De acordo com Aguiar (2012), o serviço de saúde possui algumas especificidades consideradas singulares, ou seja, que o diferenciam de outras áreas ou serviços em que o produto final é constituído de materiais que podem ser comercializados. Especificamente, em um hospital, os pacientes são os consumidores que nem sempre podem escolher ou opinar sobre um atendimento, como, por exemplo, escolher entre uma opção cirúrgica ou processo de quimioterapia. Em outro tipo de serviço, o consumidor pode optar entre vários produtos.

Segundo o autor, a demanda em serviços de saúde também se revela irregular e imprevisível, ao contrário da demanda por outros produtos do mercado. Outras especificidades desses serviços são as inovações tecnológicas que nem sempre são substituídas, mas cumulativas. Além dessas características que diferenciam os hospitais de outras organizações, há aquela relativa ao fato de eles se constituírem como centros de referência que articulam as políticas de saúde de um país; uma comunidade ou região, promovendo ainda ações de educação; prevenção e reabilitação.

Pela amplitude do serviço prestado pelas organizações hospitalares, Senhoras (2007) as classifica como sistemas complexos que formam redes de relacionamentos, envolvendo profissionais de áreas diversificadas denominadas de subsistemas. Dentre eles destacam-se os médicos; os psicólogos; os assistentes sociais; os enfermeiros; os

nutricionistas; os farmacêuticos, os bioquímicos; os administradores; os engenheiros; os responsáveis por serviços gerais; os estudantes; os estagiários, entre outros.

Esse autor ainda caracteriza as organizações de saúde pela existência de uma relação social influenciada pela disputa de poder e a disputa de espaços pelo fato de abrigarem grupos diversificados, constituindo uma estrutura de marcante complexidade e conflitos durante a integração no trabalho de seu corpo organizacional.

Corroborando com as ideias acima, Silva (2003) aponta que as organizações hospitalares apresentam uma cultura tradicional, contrária ao desenvolvimento de processos de mudança. Isso se deve a complexidade do setor, a variabilidade das ações hospitalares e a sua dificuldade de padronização.

Rodrigues Filho (1990) destaca que as diferenças entre as organizações hospitalares e os outros tipos de organizações constituem um ponto importante para a compreensão das mesmas e dos fenômenos que nelas ocorrem. Os fatores que mais distinguem as organizações hospitalares de outros ramos de negócio, segundo o autor são:

a) a dificuldade de definir e mensurar o produto hospitalar; b) a frequente existência de dupla autoridade, gerando conflitos; c) a preocupação dos médicos com a profissão, e não com a organização; d) a alta variabilidade e complexidade do trabalho, extremamente especializado e dependente de diferentes grupos profissionais; e) dado o acentuado dinamismo tecnológico, o setor é essencialmente de trabalho intensivo; f) muitas das inovações tecnológicas implicam em mudanças no método de prestação de um dado serviço, mas a introdução de um novo serviço que se soma aos anteriores e exige pessoal adicional para sua prestação; g) a produtividade do trabalho depende, sobretudo, de uma combinação adequada entre os vários tipos de profissionais; h) ao pessoal de nível superior, e principalmente aos médicos, são atribuídas as funções mais complexas, envolvendo a gerência administrativa e o comando técnico do trabalho dos auxiliares, além de sua normalização e supervisão; i) as funções mais simples ficam com o pessoal auxiliar que as executa em cumprimento das normas de trabalho; j) em algumas áreas, as forças produtivas da ciência e da tecnologia atuam no sentido de elevar a produtividade do processo de trabalho, mas são limitadas a uns poucos procedimentos terapêuticos e diagnósticos (RODRIGUES FILHO, 1990, p.104).

Somente as organizações de saúde possuem todas essas características simultaneamente, por isso, elas são classificadas como organizações complexas e nelas, a integração organizacional se constitui em um desafio. Os gestores precisam entender a

importância de ações comprometidas com os valores e a missão da organização, sendo capazes de fazê-las chegar de modo eficiente aos diversos públicos.

De acordo com Teixeira (2007, p. 32), devido às suas particularidades, uma instituição hospitalar tem a necessidade de fazer um planejamento adequado para cada realidade dentro dos processos administrativos, tratando-se de:

a) Serviços de atenção e tratamento personalizados a pacientes individuais, em vez de uniformes; valor econômico é secundário ao valor social humanístico; b) Depende das necessidades e demandas das pessoas da comunidade, sendo essas sempre importantes; c) Tem pouca tolerância a erros; d) O trabalho é diversificado, pessoas cuidando de pessoas; e) Tem pouco controle sobre seus trabalhadores, principalmente médicos e, sobre os pacientes; f) O administrador tem menos autoridade e poder do que em outras organizações; não pode ser organizado com base em uma linha única de autoridade, o que gera inúmeros problemas administrativos; g) É uma organização formal; burocrática; com trabalho hierarquizado. É altamente especializada; departamentalizada e profissionalizada; e, não pode funcionar efetivamente sem coordenação interna; motivação; autodisciplina e ajustes informais e voluntários de seus membros; h) A relevância social de sua atividade-fim, a tecnologia incorporada e a confiança da população aumentam e determinam a busca de melhor qualidade.

Sendo assim, esse autor conclui que a comunicação remete para a concepção de um projeto de ações simultâneas, capazes de envolver e integrar os diversos públicos com utilização de instrumentos e linguagens apropriadas aos meios e, a realidade e natureza da instituição.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o hospital, numa visão mais ampliada, como uma parte integrante da organização médica social, cuja função é proporcionar a população, a atenção médica completa, tanto preventiva como curativa e, cujo serviço de consultas externas ou extra-hospitalar alcançando a família em seu lar. O hospital é também um centro de preparação de profissionais de saúde e de pesquisa biossocial (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde considera o hospital um estabelecimento cuja finalidade básica é prestar atendimento assistencial em regime de internação. As atividades que lhe são pertinentes incluem prevenção; terapêutica; reabilitação; ensino e pesquisa (MARINHO, 2005).

O hospital moderno é uma organização completa que para Nassar (2004), dentre outras organizações prestadoras de serviços de saúde, este revela-se a mais complexa em razão da extensa rede de serviços e atividades que engloba como hotelaria; com serviços de lavanderia; nutrição; segurança patrimonial; além de serviços assistenciais; como centro cirúrgico; centro material de esterilização; ambulatórios; farmácia; dentre outros.

Forgia e Couttolenc (2009) consideram que o hospital é o principal setor de prestação de serviços de saúde, pois ele é responsável por todas as internações, além de oferecer uma extensa rede de atendimentos ambulatoriais especializados. Além disso, os hospitais empregam mais da metade de todos os profissionais de saúde, o que certamente consome quase 67% do capital destinado ao setor e 70% dos gastos públicos na área.

Os hospitais brasileiros podem variar de acordo com sua natureza sendo estes classificados como geral ou especializado; de acordo com tamanho; sua condição de prestar atividades de ensino e ainda de acordo com o tipo do corpo clínico, podendo ser aberto; fechado ou misto; dentre outras características conforme se apresenta no quadro a seguir (MARINHO, 2005).

Quadro 1 - Classificação das Organizações Hospitalares

| CLASSIFICAÇÃO | CARACTERÍSTICAS |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fonte mantenedora: três subsetores principais | Hospitais públicos administrados por autoridades federais, estaduais e municipais. Quase todos são financiados pelo poder público. Hospitais privados conveniados ou contratados pelo SUS. Cerca de 70% das unidades privadas recebem financiamento público. Hospitais particulares com fins lucrativos e alguns filantrópicos não financiados pelo SUS. (20 a 30%). Hospital de ensino. Hospitais de empresa de planos de saúde. |
| Tamanho: os hospitais brasileiros são classificados por porte, segundo o número de leitos | Pequenos (1 a 49 leitos). Médios (50 a 149). Grandes (150 a 499). Especiais (acima de 500 leitos). |
| Tipo de assistência prestada | Geral. Especializado (pediatria, obstetrícia, psiquiatria, fisiologia, outras especialidades). |
| Finalidade | Assistência. Ensino: residência, estágios clínicos. |
| Corpo clínico | Fechado: Nenhum médico que não faça parte do corpo clínico pode atender. Aberto: não possui corpo clínico próprio permite outros médicos atender. Misto: Combinação dos modos acima. |
| Arquitetura e edificação | Pavilhão, monobloco ou misto. Vertical e horizontal. |
| Tempo de permanência | Curta permanência: inferior a 15 dias. Longa permanência: superior a 15 dias. |

Fonte: Marinho (2005); Fernandes (2002) adaptado pela autora.

De acordo com Fernandes (2002), há uma classificação diferenciada e mais abrangente no que diz respeito a uma assistência de qualidade ao paciente dentro das diversas configurações de tipos de hospital. O autor faz ainda algumas considerações sobre as classificações, argumentando que, para comparar desempenho e resultados é preciso comparar hospitais com as mesmas características. Diante disso, seguem, no quadro a seguir, várias classificações sugeridas pelo autor para melhor compreender as configurações de um hospital.

Quadro 2 - Classificação dos hospitais de acordo com suas configurações

| CLASSIFICAÇÃO | CARACTERÍSTICAS |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Quanto à qualidade da assistência prestada | Hospitais de referência: com todas condições para prestar assistência de alto padrão a qualquer tipo de paciente. Hospitais com bom padrão de assistência (hospitais primários). Hospitais com condições de prestar uma boa assistência a alguns tipos de pacientes (hospital secundário). Hospital com condições mínimas para prestar assistência a alguns poucos tipos de pacientes (hospital terciário). Hospital com condições mínimas para prestar assistência a um tipo de paciente (hospital quaternário). |
| Quanto ao pessoal: indica em grande parte o padrão de assistência prestada. | Hospitais com mais de cinco funcionários por leito; Hospitais com três a cinco funcionários por leito; Hospitais com dois a três funcionários por leito; Hospitais com um a dois funcionários por leito, Hospitais com menos de um funcionário por leito. |
| Quanto ao equipamento | Com equipamento para serviços auxiliares de diagnósticos e tratamento adequado para assistência a mais de quinze especialidades; Com equipamento para serviços auxiliares de diagnósticos e tratamento adequado para assistência de dez a quinze especialidades; Com equipamento para alguns serviços auxiliares de diagnósticos e tratamento; Sem qualquer equipamento de serviços auxiliares de diagnósticos e tratamento. |
| Quanto a planta física | Hospitais com área construída maior de 100 m por leito; Hospitais com área construída de 76 a 100 m por leito; Hospitais com área construída de 51 a 75 m por leito; Hospitais com até 50 m de área construída por leito. |
| Quanto a percentagem de ocupação e a média de permanência: um hospital sobrevive com a percentagem de ocupação mais alta possível e a média de permanência mais baixa possível. | Hospitais com mais de 90% de ocupação com três a cinco dias de média de permanência; Hospitais com mais de 90% de ocupação com cinco a sete dias de média de permanência; Hospitais com mais de 90% de ocupação e mais de sete dias de média de permanência; Hospitais com 75% a 90% de ocupação e mais de sete dias de média de permanência; Hospitais com 75% a 90% de ocupação e menos de sete dias de média de permanência; Hospitais com menos de 75% de ocupação e menos de sete dias de média de permanência. |
| Quanto ao índice geral de óbitos: mede a capacidade do corpo clínico e a gravidade dos pacientes internados. | Hospitais com índice geral de óbitos menor de 2,5; Hospitais com índice geral de óbitos de 2,5 a 3,5; Hospitais com índice geral de óbitos de 3,5 a 4,5; Hospitais com índice geral de óbitos de 4,5 a 6,0; Hospitais com índice geral de óbitos acima de 6,0. |

Fonte: Fernandes (2002).

Marinho (2004) retrata em seus estudos que a funcionalidade de um hospital depende da capacitação e do conhecimento de todos envolvidos na execução. Em se tratando de organizações profissionais caracterizadas por seus resultados imensuráveis, esses dependem fortemente da relação entre profissional e usuário.

2.4.2 Públicos Hospitalares: Interno e Externo

Nesta dissertação será tratado apenas do público interno da organização hospitalar estudada, ou seja, a equipe multiprofissional de saúde, pois conforme Malagón-Lodono (2000), em um hospital pode-se diferenciar o público interno e externo e os profissionais da saúde fazem parte do público interno.

Público interno é todo colaborador considerado individualmente ou em grupo, perfeitamente identificável, ligado a empresa por relações funcionais oficializadas que o caracterizem como responsável pelo atendimento ao paciente (FORTES, 2003).

Fernandes (2002) ainda subdivide esse público interno em quatro grupos e salienta que todas as pessoas que trabalham em um hospital apresentam diferenças em relação as outras empresas pela especificidade do serviço prestado, que é o de lidar com pessoas; doenças; situações insalubres e também situações renovadoras.

O primeiro grupo é denominado pelo autor “pessoal de enfermagem” englobando as enfermeiras, os técnicos de enfermagem, os auxiliares de enfermagem e os atendentes, todos, em acordo com exigências legais, com cursos obrigatórios e específicos, atendendo às exigências legais e devidamente habilitadas para os cargos ligados a prática médica. Dentre este grupo faz parte também a classe médica destacando várias especialidades. Os demais grupos dentro do público interno observado neste ambiente, são:

O segundo grupo é do pessoal técnico, englobando profissionais formados em cursos regulamentados por lei e ligados as atividades específicas tais como fisioterapeutas; farmacêuticos; nutricionistas; dentistas e bioquímicos; todos com nível universitário e também alguns com nível técnico como técnicos de Raios-x; laboratório; técnicos de anatomia patológica; técnico de hemoterapia e tantos outros. O terceiro grupo é do pessoal administrativo; que inclui profissionais de nível universitário; como advogado; contador; administrador hospitalar e de empresa; assistente social; analista de sistemas; bibliotecário; engenheiro; e profissionais de cursos técnicos como auxiliar de escritório; datilógrafo; recepcionista e outros. O quarto grupo abrange os funcionários dos serviços gerais ou de apoio que normalmente não têm curso universitário e alguns poucos técnicos. Muitos são profissionais com curso de aprendizado primário, outros, maioria de aprendizado secundário e compreendem serventes; serviçais; pedreiros; ajudantes de pedreiro; encanadores; pintores; guardas e outros. (FERNANDES, 2002, p.146).

Em um âmbito geral, ainda se tem a presença de terceirizados ativos no cotidiano como técnicos realizadores de exames; socorristas e atendentes do banco localizado internamente (PAB); estudantes; estagiários; residentes; fornecedores e outros que não serão contemplados como população-alvo nesta pesquisa.

O público externo é considerado por Fortes (2003) como as pessoas devidamente identificadas que buscam atendimento ou acompanhantes e familiares de forma geral com alguma expectativa na organização, com as quais é estabelecida uma rede de relacionamentos. Além disso, em hospitais podem-se encontrar amigos ou visitantes dos pacientes; sindicatos; imprensa; governo; concorrentes; comunidade em geral e outros.

2.4.3 Evolução dos Hospitais

Em uma breve retrospectiva, os hospitais tiveram sua origem na Grécia antiga, com templos que serviam de abrigo para pessoas doentes, cuidadas por pessoas ligadas a alguma crença religiosa. Essa origem perpassa pela história das guerras quando eram montadas tendas que funcionavam como hospitais ou morredouros. No Império Romano foram construídos os primeiros hospitais com o intuito de abrigar e hospedar velhos; crianças; doentes e peregrinos; com atividades caritativas e missionárias, embora tivessem a função de escola e possuíssem equipe médica permanente. Na Idade Média, os antigos mosteiros evoluíram para o modelo do hospital contemporâneo, com a introdução de uma medicina profissional (ANTUNES, 1991, RIBEIRO, 1993).

Para Foucault (2000), o hospital passa a ser visto como lugar de cura no final do século XVIII, pois até então, os doentes deveriam ser afastados e excluídos do convívio com a sociedade. Acreditava-se que recolhendo essas pessoas, se estava protegendo a sociedade de doenças e da propagação das enfermidades. As instituições de saúde eram também chamadas de morredouros, porque não eram lugar apenas de cura, mas um local onde as pessoas esperavam a morte.

A história dos hospitais e das práticas de saúde deve ser analisada em uma perspectiva social e econômica do país, pois conforme Ribeiro (1993), as mudanças aconteceram somente aliadas aos fenômenos da urbanização e para cobrir as necessidades econômicas da época que foram determinantes para que a evolução acontecesse.

Historicamente, o papel do médico, dentro dos hospitais e em toda a sociedade foi perpetuado, o que levou a um “endeusamento” da profissão, conforme foi apontado nos estudos de Braga (2000, p. 22).

Fator que estimula o crescimento do hospital refere-se ao fato de que com as epidemias o saber médico passa a organizar o espaço hospitalar e o espaço urbano social, estabelecendo suas relações com as grandes questões políticas, econômicas e

sociais. A partir de então, os hospitais começam a integrar a administração pública, e com o desenvolvimento da medicina hospitalar, o médico torna-se a figura central do hospital, passando a simbolizá-lo.

Entretanto, sua história contribuiu para que a saúde se tornasse “hospitalocêntrica” e a categoria médica passasse a ser a representação social mais forte do hospital, porém, o hospital contemporâneo é visto pela inserção de novas práticas como o ensino e a pesquisa; a incorporação de novas tecnologias e de novos profissionais, o que o torna o cenário de disputa entre as categorias diferentes que convivem no mesmo espaço.

A modernização do hospital com mudanças e conquistas consideradas relevantes se reflete e é reflexo dos profissionais que trabalham na saúde. São profissionais cada vez mais esclarecidos e envolvidos com os procedimentos e educados para a saúde, enxergando o paciente como centro da assistência e não mais a figura do médico como centro da assistência. Dessa forma, um hospital vai além das suas atividades médicas, pois nele há diversos profissionais que executam atividades em diversas especialidades.

Um hospital possui inúmeras atividades que devem funcionar de forma harmônica e coordenada, pois de acordo com Gama (2009), as estratégias são traçadas; leis e normas são seguidas; novas tecnologias são pesquisadas e adquiridas; problemas e conflitos são enfrentados; serviços religiosos são oferecidos; novos seres nascem e outros morrem.

Portanto, constituem partes integrantes da assistência hospitalar a assistência clínica e cirúrgica; as pesquisas científicas; as funções administrativas; os cuidados aos pacientes; a docência; a educação continuada; dentre outras consideradas de fundamental importância para todos os usuários.

Corroborando as ideias acima apresentadas, Fernandes (2002) destaca que a função essencial do hospital é a recuperação da saúde. Dessa forma, desde a admissão do paciente até sua alta há várias etapas que exigem cuidados e acertos das intervenções de todos os profissionais envolvidos, que assumem a responsabilidade correspondente a sua especialidade ou função, não se podendo determinar qual seja mais a importante, pois toda a equipe multidisciplinar envolvida na cura ou tratamento da patologia, empenha seus conhecimentos; habilidades e atitudes na assistência de saúde.

Segundo Castro (2002, p. 69-70), as funções do hospital devem ser cumpridas com as seguintes características:

- a) Assistência médica continuada: concentrar uma grande quantidade de recursos de diagnóstico e tratamento, para, no menor tempo possível, reintegrar rapidamente o paciente no seu meio;
- b) Assistência médica integrada: constitui um lugar intermediário dentro de uma rede de serviços de complexidade crescente;
- c) Assistência médica integral: quando o estabelecimento pertence a uma rede que garante a disponibilidade de todos os recursos para resolver cada caso;
- d) Área de programação: o estabelecimento tem uma área de influência a qual fornece seus serviços e sobre cuja população os resultados de suas ações devem ser avaliados;
- e) Provedor de programas de saúde: o estabelecimento também executa programas preventivos e de promoção da saúde, promovidos pela autoridade sanitária.

A partir de 2000, o Ministério de Saúde do Brasil lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), visando a melhoria da qualidade e a eficácia dos serviços prestados na assistência à saúde. O PNHAH surge com uma visão humanística, promovendo uma mudança na cultura de atendimento em saúde no Brasil. Por ser a humanização o centro das atenções, a possibilidade comunicacional passa a constituir a referência conceitual mais importante, pois “sem comunicação, não há humanização” (BRASIL, 2000).

Em 2006, esse programa foi substituído por uma perspectiva transversal, constituindo uma política de assistência intitulada “Humaniza Sus” e não mais um programa específico. Essa política é uma grande propulsora do dinamismo da comunicação dentro das organizações hospitalares.

Com a expansão do conhecimento médico e dos serviços de diagnóstico e tratamento, os hospitais passaram a ser centros especializados para a cura, como parte integrante da assistência médica a comunidade, contando com uma equipe de profissionais de saúde. Essas características reforçam o caráter de modernidade do hospital, deixando para trás o estigma caritativo, marca registrada de sua história. Ao buscar eficiência e efetividade; controle de custos; seleção de recursos humanos; avaliação do desempenho e competição; em um mercado cada vez mais seletivo, o hospital adquire uma configuração contemporânea e imprime sua marca no mundo capitalista do trabalho.

2.4.4 Hospital Público

De acordo com Lakatos (1997), as organizações de uma forma genérica podem ser classificadas em propriedades públicas e propriedades privadas. Essa classificação demanda um detalhamento ou um entendimento mais profundo do que cada um desses termos significa jurídica e socialmente do ponto de vista do trabalhador inserido no mercado de trabalho em saúde.

Partindo do ponto de vista de Furer (2006) com um olhar do direito administrativo, uma empresa pública é aquela de capital inteiramente público, dedicada as atividades econômicas, possuidora de personalidade jurídica de direito privado. O direito administrativo disciplina juridicamente a administração pública no Brasil, norteando sua estrutura e funcionamento que conforme Lakatos (1997, p.37) “a justificção básica da sua existência é a função social que deve desempenhar”, ou seja, enquanto a empresa privada busca lucros como objetivo principal, a empresa pública possui um caráter social.

Por outro lado, o Sistema Único de Saúde (SUS) o qual os hospitais públicos estão associados é considerado peça fundamental para o funcionamento da organização. O SUS sofreu alterações ao longo da história, tentando se adequar as demandas de um público cada vez mais exigente e, aos determinantes sociais e econômicos. Sua criação foi uma conquista da sociedade, consolidada ao longo de décadas por fortes movimentos sociais em defesa da dignidade do ser humano e em busca de integralidade; universalidade e acessibilidade a todos; da racionalidade; da eficiência; da equidade; da descentralização; da regionalização e da participação popular cujas características são os princípios que norteiam o SUS (BRASIL, 2000).

Na maior parte dos hospitais públicos a porta de entrada da maioria dos usuários é o SUS e em razão disso, relata Cecílio (2000) esse sistema passou possuir imensa importância na sociedade, sendo objeto de preocupação por parte de seus gestores.

Segundo Matias (2015), muitos são os desafios para a real efetivação de um sistema universal de saúde com a proporção continental e populacional que tem o Brasil. Diante de uma aposta audaciosa, o SUS esbarra diretamente em vários limites como o subfinanciamento do sistema; os desafios de gestão; a falta de apoio popular e de vontade política; entre outros.

Essa é uma situação crítica da saúde no Brasil, o que contribui para a criação de uma imagem negativa do sistema, comprometendo, em grande medida, sua credibilidade em geral (LIMA, 2008).

Diante desse cenário, os hospitais públicos que devem se organizar dentro desse sistema fragilizado, sofrem severas penalidades, acarretando custos para sua organização. Além disso, outro agravante dos hospitais públicos é a característica que eles apresentam nos processos trabalhistas devido a cultura de estabilidade no emprego de seus funcionários.

3 METODOLOGIA

3.1 ABORDAGEM DA PESQUISA

A pesquisa objeto deste trabalho utiliza-se de ambos os modelos quantitativo e qualitativo. No modelo qualitativo está compreendido o estudo de caso, no qual se descreveu a realidade do Hospital Geral Menandro de Faria em Lauro de Freitas-Ba, através da observação *in loco* e das unidades de internação. Durante a aplicação dos questionários foi necessário recorrer a pesquisa ação visto que, quando havia oportunidade, o contato pessoal através de um corpo a corpo para explicar o objetivo da pesquisa de campo com intuito de sensibilizá-los para a importância da resposta, proporcionou uma descrição qualitativa de tendências, de atitudes ou de opiniões de uma população sobre a comunicação possibilitando fazer uma análise com um pouco mais de profundidade, viabilizando a pesquisa ação no depoimentos de participantes.

Diante destes dados seguiu-se a interpretação e análise das falas destes aliados a observação da pesquisadora do funcionamento do hospital, o que exigiu tratamento e interpretação do conteúdo literal das falas e ainda por se tratar de um estudo que tem como principal finalidade um levantamento da percepção e pela própria observação da autora durante a aplicação dos questionários foi possível identificar alguns problemas e enumerar intervenções, sendo portanto; ainda necessário como escolha metodológica para esta dissertação a pesquisa ação ou pesquisa intervenção. A preocupação, neste tipo de pesquisa, centra-se em levantar todos os elementos que possam contribuir para a compreensão e explicação do que se está investigando e, neste processo, “as subjetividades do pesquisador e daqueles que estão sendo estudados são parte do processo de pesquisa.” (FLICK, 2004, p. 22).

Usou-se o método quantitativo em parte dos dados coletados no questionário fechado dicotômico, pois esses foram tabulados e receberam um tratamento realizado com técnicas de média aritmética dos números encontrados.

Segundo Creswel (2010, p. 162) descreve o método quantitativo:

Um projeto de levantamento que fornece uma descrição quantitativa ou numérica de tendências; atitudes ou opiniões de uma população ao estudar uma amostra dela. A partir dos resultados da amostragem, o pesquisador generaliza ou faz alegações acerca da população. Em um experimento, os investigadores também podem identificar uma amostra e generalizar para uma população, porém, o objetivo básico

de um experimento é testar o impacto de um tratamento ou uma intervenção sobre um resultado, controlando todos os outros fatores que poderiam influenciar o resultado.

A percepção dos profissionais de saúde envolvendo atitudes e opiniões que posteriormente foram interpretadas assim como os números conversíveis resultou-se em uma pesquisa de cunho qualitativo por ser um meio de produção de conhecimento que não busca mensurar, medir, mas sim, compreender e buscar explicações a valores e significados num meio social através duas perguntas abertas em que os participantes expressavam sua percepção sobre a comunicação no hospital.

A pesquisa qualitativa considera que há uma relação indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. Em Creswell (2010), a abordagem qualitativa é uma forma de investigação interpretativa, sendo os pesquisadores aqueles que ouvem, enxergam e interpretam o fenômeno estudado e em seguida desenvolvem as questões a serem analisadas.

Clareando a distinção entre as abordagens qualitativa e quantitativa, Hübner (1998, p. 56) ensina que “o que define uma pesquisa como sendo qualitativa ou quantitativa não é o método de coleta, mas sim a forma de tratamento dos dados”.

Assim, a pesquisa ação, caminho escolhido para a percepção do processo de comunicação entre os profissionais de saúde contribuiu para a elaboração de um plano de ações para o hospital Geral Menandro de Faria.

Para Besset (2008, p. 12), “[...] a partir do momento em que o pesquisador entra no contexto onde se dá a pesquisa, suas perguntas e propostas já constituem uma intervenção”. Portanto, ao aplicar o questionário no hospital entre os profissionais de saúde com a proposta de elaborar um plano de ações que atendesse as particularidades do público interno desta organização, intervém. Isso evidencia a vocação da pesquisa-intervenção, que segundo Sato (2008, p.171) é de:

[...] estar aberta às particularidades do contexto, em termos econômicos, culturais e psicossociais: a dimensão cultural e a singularidade das trajetórias das instituições e organizações coletivas estão fortemente presentes. A forma de aproximação dos “pesquisadores profissionais” com o coletivo e o trabalho realizado deixam entrever que o processo de desenvolvimento da “pesquisa-intervenção” é o resultado de um processo de negociação entre os envolvidos e que depende das circunstâncias presentes.

Sato (2008, p.173) afirma que “essa negociação pode acontecer em momentos inesperados ou através de uma pequena observação ou uma ‘dica’ ou comentário de alguma

pessoa da instituição ou do coletivo. ” Portanto a inteiração entre os sujeitos da pesquisa é fundamental.

Nesta pesquisa, o método utilizado para obtenção de dados primários foi a aplicação do questionário e, para os dados secundários, contou-se com a observação *in loco* e a pesquisa documental. A observação *in loco* ou observação ativa consiste num tipo de observação na qual existe a real participação do observador na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada. O observador assume o papel de um membro do grupo (GIL, 2010).

3.2 ESTRATÉGIA DA INVESTIGAÇÃO

Por se tratar de um estudo que tem como principal finalidade o levantamento de atitudes e opiniões, tendo em vista a possibilidade de realizar generalizações analíticas e não estatísticas, optou-se por um estudo de caso descritivo e exploratório por considerá-lo mais adequado para atingir os objetivos propostos.

De acordo com Vergara (2009), quanto aos fins classifica como exploratória e descritiva. Isto porque se trata de um estudo que investiga de forma inédita o processo de comunicação entre os profissionais de saúde do Hospital Geral Menandro de Faria. Ao mesmo tempo, não possui o compromisso de explicar os fenômenos descritos, embora possa servir de base para tal explicação.

Ainda de acordo com Vergara (2009), quanto aos meios a pesquisa primária foi a aplicação do questionário e a pesquisa secundária que foi documental além da observação *in loco*, sendo realizada a revisão literária além de consultas a documentos e livros encontrados nos setores do hospital. A observação *in loco* acabou proporcionando uma descrição de tendências; atitudes; opiniões, percepções de uma população sobre o processo de comunicação entre a equipe de saúde do hospital em estudo, pois os dados secundários são aqueles que se encontram a disposição do pesquisador em boletins; livros; revistas; artigos; dentre outros. Para Marconi e Lakatos (2000), as fontes secundárias possibilitam a resolução de problemas conhecidos e explorar outras áreas onde os problemas ainda não se cristalizaram suficientemente.

E ainda, quanto aos meios também se configurou o estudo de caso, cuja unidade de análise é o hospital (HGFMF). Para Marconi e Lakatos (1996), o estudo de caso é de natureza

descritiva e exploratória na investigação de variáveis; no delineamento das características de fatos ou fenômenos e na avaliação de determinada variável.

Corroborando os autores acima citados, Yin (2005) afirma que o estudo de caso é uma estratégia de investigação que procura compreender um fenômeno atual dentro de seu contexto real, ou seja, as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidências.

Ventura (2007) destaca que, ao fazer estudo de caso único, individual ou de uma instituição, a análise deverá ser realizada de modo detalhado. Afirma ainda que com esse procedimento, se supõe poder adquirir conhecimento do fenômeno estudado a partir da exploração intensa de um único caso.

3.3 MODELO DE ANÁLISE, CATEGORIAS DE ANÁLISE E DIMENSÕES DE ANÁLISE

Para desenvolver o modelo de análise adotado nesta pesquisa contando com a abordagem quantitativa e a qualitativa na análise dos dados bem como através da observação *in loco*, a autora baseou-se nos fatores mais relevantes que serviram de pilares para a construção das dimensões e categorias de análise.

Assim, o foco desta pesquisa foi analisado a partir de três dimensões sendo a organização de saúde; a comunicação organizacional e a comunicação. As categorias de análise nas dimensões definidas foram fundamentais na elaboração do instrumento de pesquisa e na síntese do processo de comunicação sendo organização de saúde; comunicação organizacional e comunicação interna. Tais categorias constam no referencial teórico, seguindo as dimensões e categorias do modelo de análise que se encontra em anexo.

A seguir, no quadro 3, apresentam-se as dimensões e categorias utilizadas nesta pesquisa.

Quadro 3 - Dimensões e Categorias Fundamentadas na Elaboração do Instrumento de Pesquisa

| | DIMENSÃO 1 COMUNICAÇÃO | DIMENSÃO 2 ORGANIZAÇÃO | DIMENSÃO 3 COMUNICAÇÃO INTERNA |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CATEGORIAS DE ANÁLISE | <p>1: Percepções sobre a fluência da comunicação entre os setores do hospital e percepções sobre a eficiência da comunicação nos setores.</p> <p>a) Acesso b) Tempo c) Clareza d) Redução da incerteza ou ambiguidade da informação</p> <p>2: Postura do Profissional da saúde frente à Comunicação</p> | <p>1: Importância atribuída à comunicação na percepção dos profissionais de saúde em se tratando da organização de saúde</p> | <p>1: Percepções sobre a utilização dos canais de comunicação dentro do hospital</p> <p>2: Percepções sobre a direção do fluxo de comunicação dentro do hospital</p> <p>3: Percepções dos profissionais sobre as barreiras de comunicação</p> <p>4: Aspectos que facilitam e aspectos que dificultam o processo de comunicação no hospital</p> <p>5: Efetividade das informações na percepção dos profissionais de saúde</p> |

Fonte: elaborado pela autora (2014).

3.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA

Para a realização da pesquisa trabalhou-se basicamente com um questionário definido e estruturado em questões fechadas, contemplando as dimensões e categorias de análise de forma a atingir o objetivo proposto que é descrever como acontece o processo de comunicação como anteriormente citado. Esse instrumento permitiu aos pesquisados uma liberdade nas respostas em concordar ou discordar.

O questionário foi composto de seis blocos de questões fechadas subdivididas em itens de acordo com as categorias a serem analisadas e estas estão relacionadas as dimensões do objeto do trabalho e descritas no modelo de análise (em anexo). Foi constituído por questões para identificação da categoria de cada funcionário, com opções se concordavam ou não sobre

aspectos da comunicação organizacional no período focalizado, assinaladas por meio do uso de uma escala com itens de mensuração que variavam de “SIM” a “NÃO”.

Segundo Mattar (2008) o instrumento de coleta de dados é o documento através do qual as perguntas e questões são apresentadas aos respondentes e onde são registradas as respostas e dados obtidos. Todo o trabalho de planejamento e execução das etapas iniciais do processo de pesquisa se consolida no instrumento de coleta de dados. O instrumento mais utilizado em pesquisas é o questionário.

Nesta pesquisa pelo grande número de profissionais envolvidos e pelo tempo disponível limitado optou-se pelo questionário dicotômico que apresenta duas opções, ou seja, caráter bipolar do tipo sim/não, concordo/não concordo, apoio/não apoio, normalmente uma terceira opção é oferecida, indicando desconhecimento ou falta de opinião. Aponta como vantagens a rapidez e facilidade de aplicação; apresentam pouca possibilidade de erro; são objetivas; possibilidade de forçar a respostas pela opção apresentada e como desvantagens são fortemente passíveis de erro; dependendo da formulação das perguntas (MATTAR, 2008).

A escolha por essas duas alternativas de respostas dos participantes, seguindo a abordagem quantitativa e qualitativa partiu da intenção de aproximar ao máximo a fidelidade das respostas à situação estudada. Para atender aos objetivos esse instrumento de pesquisa pede que os respondentes selecionem apenas um item nas proposições consideradas em uma graduação que será posteriormente quantificada. Os dados são coletados e sistematizados estaticamente e descrevem a população em questão, caracterizando um estudo transversal (HAIR JR., 2005).

E, para análise da observação *in loco* e da pesquisa ação utilizou-se a abordagem qualitativa. Para as falas que foram transcritas em diário de campo próprio da autora foram tratadas à base da análise de conteúdo (BARDIN, 1997). Neste caso, o material obtido a partir da aplicação dos questionários foi lido, dando origem à definição das unidades de análise, em seguida, às categorias.

Em um primeiro momento fez-se um pré-teste quando o instrumento elaborado pela autora foi validado. Iniciou-se a realização da aplicação do questionário para validação com vinte e seis profissionais de saúde com o objetivo de verificar se as perguntas estavam adequadas para atender aos questionamentos do trabalho e em que pontos elas deveriam ser melhoradas. Com a realização do pré-teste, algumas questões tornaram-se mais claras e

objetivas. Constatando que os participantes levariam, em média, quatro a cinco minutos para respondê-las.

O instrumento de coleta de dados tem como escopo as dimensões abordadas no Quadro 4 relacionadas ao universo da pesquisa e que constituem os pilares do processo da comunicação.

Para a coleta dos dados com o instrumento de pesquisa (em anexo), obteve-se a prévia autorização do Núcleo de Gestão, Trabalho e Educação em Saúde (NUGETS). Os questionários foram entregues de forma aleatória aos participantes da pesquisa que se encontravam trabalhando nos dias em que o pesquisador explicava o objetivo do questionário e, após consentimento, alguns respondiam no mesmo momento e outros foram recolhidos algumas horas após devido a demanda do setor no momento.

Durante a aplicação dos questionários *in loco*, a facilidade de acesso da autora e a afinidade com alguns profissionais envolvidos por fazer parte do grupo de docentes em atividades acadêmicas nesse hospital e, ainda, pela aproximação da mesma em práticas nele vivenciadas permitiram aos participantes opinar de forma verbal sobre aspectos vivenciados no processo da comunicação. Esse fato foi constatado através da observação *in loco* e os dados após escuta ativa da autora que foram transcritos em uma agenda própria, criada para essa finalidade.

Dentre os profissionais de saúde, os que mais tiveram resistência em responder os questionários foram os médicos, alegando quase sempre não ter tempo. Em relação a essa questão, a autora se reuniu com a diretoria de enfermagem; a diretoria médica e as demais diretorias dos envolvidos para obtenção das escalas de todos profissionais de saúde no mês corrente da aplicação dos questionários afim de facilitar sua aplicação. O período da aplicação dos questionários foi de 02 de abril a 30 de maio de 2015.

3.5 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

A pesquisadora trabalhou com um quantitativo total de 416 funcionários. Desse número, foi excluído o quarto grupo de funcionários terceirizados do hospital devido a grande rotatividade de funcionários não fidelizando ao universo hospitalar.

A totalidade desses funcionários foi retirada do relatório de gestão de 2013, porque até o presente momento da pesquisa, a instituição não tinha o relatório de gestão de 2014. Foi

constatado que durante a coleta, o número de profissionais informados não condizia com o número de profissionais encontrados nas escalas. Justifica-se esta ocorrência devido ao regime de trabalho e as escalas de plantões dos profissionais, o que dificultou a aplicação dos questionários pela autora, mesmo comparecendo nos plantões alternados de forma a contemplar todos profissionais. Muitos, embora constem como profissionais do HGMF, compareceram ao hospital quando solicitados. Esse fato ocorreu principalmente com médicos devido ao fato de muitos deles constarem no quantitativo de funcionários, mas com regime de trabalho como de visitas extraordinárias não coincidindo com o momento da aplicação dos questionários.

Para a coleta de dados utilizou-se como instrumento um questionário fechado dicotômico, devido ao grande número de profissionais envolvidos e pela limitação de tempo disponível para a pesquisa; o qual as informações trazidas pelas respostas em princípio não são tão ricas quanto aquela oriunda de entrevistas.

O fato da pesquisadora ser docente universitária na organização hospitalar escolhida como objeto de estudo há cerca de cinco anos, o pode ter implicado viés em seu processo conclusivo da pesquisa.

Da mesma forma, alguns participantes podem ter-se sentido intimidados ou constrangidos pela proximidade do trabalho com a pesquisadora, assim podem ter calibrado suas respostas para sentirem mais confortáveis.

3.6 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário da pesquisa foi o Hospital Geral Menandro de Faria, em Lauro de Freitas (BA), sendo este um hospital público que preconiza a aliança entre o ensino, a pesquisa científica e a assistência.

A referida instituição hospitalar foi fundada em 31 de março de 1980, sendo que no início contava com uma unidade hospitalar com perfil de maternidade evoluindo depois para uma unidade mista com 20 leitos para atendimento das especialidades de clínica médica; clínica cirúrgica; obstetrícia e pediatria (HGMF, 2013).

Sua estrutura funcional conta com um Conselho Diretor e quatro diretorias: Geral; Administrativa; Técnica; de Enfermagem e o Núcleo de Gestão, Educação e Pesquisa em Saúde (NUGETS).

Atualmente, é um hospital geral de média complexidade, de referência para atendimento às urgências e emergências, clínicas cirúrgicas, pediátricas e obstétricas. Atende à população da macrorregião de Lauro de Freitas e municípios vizinhos (Camaçari, Simões Filho e Salvador), sob a forma de livre demanda ou demanda referenciada.

O Hospital está vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e é filiado ao governo do Estado da Bahia. Tem como missão: “Ser um centro de excelência na assistência à saúde, buscando a melhoria da qualidade de vida de todos os usuários e trabalhadores”. E como visão: “Ser reconhecido pela excelência na assistência à saúde, com responsabilidade social e ambiental.” (HGMF, 2013).

Dentre seus princípios e valores estão humanismo, ética, justiça e respeito à individualidade; respeito à vida e ao meio ambiente; transparência nas relações; aprendizagem e desenvolvimento de pessoas; compromisso com a qualidade e os resultados; relações de parcerias do corpo clínico que garantam um trabalho eficiente e de forma integral (HGMF, 2013).

O quantitativo de colaboradores atuantes no HGMF é composto por 869 pessoas. A opção por tal cenário de pesquisa foi devido ao fato de esse hospital ser uma referência para o Sistema Único de Saúde (SUS) na região metropolitana de Salvador (BA). Além disso, por ser um hospital que atua conjuntamente com o ensino, a pesquisa e a extensão de serviços à comunidade e ter, em sua composição, a presença de uma equipe de multiprofissionais de saúde.

A pesquisa aplicada possibilitou uma análise do atual universo hospitalar, com enfoque direto na atuação do Hospital Geral Menandro de Faria (HGMF). O universo hospitalar do município é pouco diversificado, pois, além do HGMF, conta com apenas dois hospitais, um de âmbito municipal, de pequeno porte e vinculado ao SUS, situado num bairro periférico, com atendimento direcionado para a população mais próxima. Conta também com outro hospital privado de médio porte, que não tem convênio com o SUS. Ressaltamos que ambos não atendem como maternidade.

O Hospital Geral Menandro de Faria localiza-se no município de Lauro de Freitas. É referência para todo o município e região metropolitana. Está situado na Estrada do Coco, no município de Lauro de Freitas. São mais de 80 leitos, distribuídos em 03 enfermarias, 03 consultórios para adultos e um consultório pediátrico, oito leitos de UTI adulto, duas salas de cirurgias, uma sala de recuperação pós-anestésica, duas salas cirúrgicas para procedimentos.

3.7 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa 416 profissionais de saúde. O total de funcionários da organização na data da coleta da pesquisa inclui enfermagem; farmácia; fisioterapia; médicos e serviços gerais, correspondendo a 869 funcionários, sendo estes com regime de contratos pela Secretaria Estadual de atenção à saúde da Bahia (SESAB); pela Federação Estadual de Ensino e Saúde (FESF) e pela Prefeitura Municipal de Lauro de Freitas. Além destes o hospital conta com mais 107 funcionários em nível de apoio médio e superior terceirizados, além de 212 alunos estagiários de graduação (residentes de medicina, odontologia, enfermagem, fisioterapia, nutrição, serviço social), técnicos de enfermagem e técnicos em radiologia (HGFMF, 2014).

Os participantes da pesquisa são 416 funcionários que, após a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, respondiam o questionário. Os critérios de inclusão foram: ser integrante das equipes de saúde para a pesquisa (desde que quisessem dela participar), estar em efetiva atuação nas unidades e ser funcionário do hospital. Os critérios de exclusão foram: estar afastado do trabalho por qualquer motivo (férias, licença e outros) ser integrante do quarto grupo.

Para delimitação dos participantes da pesquisa utilizou a classificação dos profissionais de saúde que segundo Fernandes (2002) divide-se a equipe de saúde em quatro grupos conforme anteriormente foi indicado na fundamentação teórica. Dentro da classificação desse autor, optou-se pelo primeiro, segundo e terceiro grupo dos profissionais de saúde, exclui-se o quarto grupo, visto que o mesmo apresenta alta rotatividade no serviço por não ser fixo no hospital, não apresentando uma fidelização as rotinas e ao dia a dia da organização, o que poderia ser um viés no processo de comunicação.

O regime de trabalho dos profissionais são plantões de 24 horas e carga horária de 30 ou 40 horas semanais. Há algumas exceções daqueles que fazem escalas diariamente de 6 horas. A classe médica e alguns enfermeiros trabalham com escala fixa durante os dias da semana. A maioria dos funcionários terceirizados se dedica a serviços gerais; higienização; rouparia; etc. Alguns enfermeiros e médicos são vinculados à prefeitura de Lauro de Freitas.

3.8 PRODUÇÃO DOS DADOS

Os dados foram coletados no período de abril a maio de 2015 e foi utilizada como técnica de pesquisa a aplicação do questionário como instrumento (Apêndice A). Os dados obtidos com a pesquisa foram analisados de forma descritiva a partir de análises interpretativas de Bardin (1997) e seguindo a abordagem qualitativa e a quantitativa. No tocante às informações quantitativas, em razão de utilizarmos o universo da percepção dos profissionais de saúde, concordando ou discordando, e ser gerado um número de dados a serem manipulados, foi necessário o auxílio de uma planilha eletrônica do programa *Excel* para obtenção da frequência e da média aritmética das respostas de cada afirmativa obtida em cada um dos dois itens de mensuração do questionário dicotômico. Em seguida, foi feita a tabulação dos dados, recorrendo-se ao *software Excel*, viabilizando a apresentação dos resultados.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos na pesquisa de campo. É importante salientar que por se tratar de uma pesquisa quantitativa e qualitativa, realizada através da pesquisa ação e observação *in loco*, com base em estudo de campo, as discussões e conclusões ficaram circunscritas à organização estudada, compreendendo o contexto amostral.

Esses dados da observação *in loco* foram registrados em material específico para posterior análise, enriquecendo a discussão. A análise interpretativa que se segue é fundada nas informações obtidas pela compilação das fontes, comparadas com a revisão bibliográfica que forma a base desta pesquisa. Com as falas transcritas em material específico foram tratadas à base da análise de conteúdo (BARDIN, 1977) e (VERGARA, 2009). O material obtido ao final foi analisado em termos interpretativos, tendo sido ilustradas com a apresentação de extratos das respostas dos pesquisados.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

O gráfico 1 a seguir mostra as categorias dos profissionais de saúde que se dispuseram a participar da pesquisa.

Gráfico 1- Categoria Profissional dos Participantes

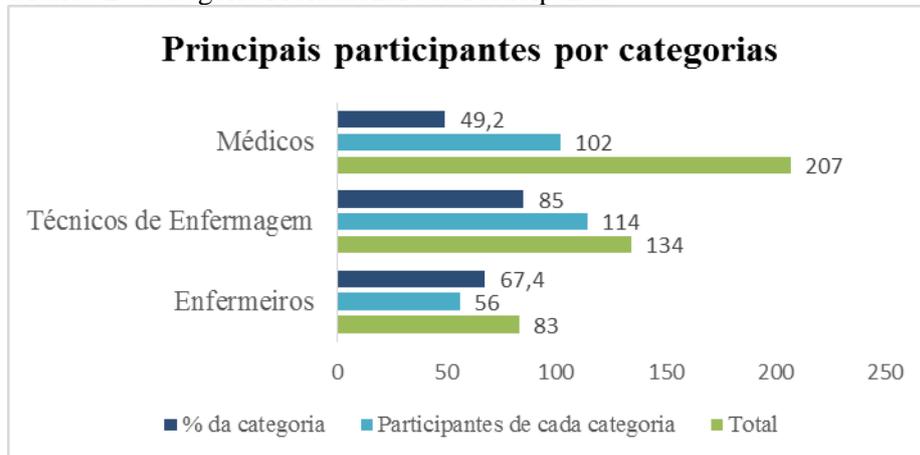


Fonte: Elaboração da autora (2015).

Participaram do estudo 416 profissionais de saúde sendo que neste quase metade da amostra (41,0%) é constituída de profissionais de enfermagem; 27,0% de técnicos de enfermagem; 13,5% de enfermeiros; 24,5% entre médicos e residentes de medicina; 21,0% de acadêmicos da área de saúde (incluindo os curso de medicina, enfermagem, fisioterapia, odontologia, farmácia e nutrição); 6,7% técnicos administrativos; 2,6% fisioterapeutas; 1,2% psicólogos e estagiários de psicologia; 1,2% nutricionistas; 1,0% farmacêuticos e 1,0% de serviço social.

A seguir será apresentado a classe dominante de profissionais de saúde dentro de uma organização de saúde. Conforme estudos circulam a maior parte de todas informações entre enfermeiros; técnicos de enfermagem e médicos.

Gráfico 2 - Categoria Profissional dos Participantes



Fonte: Elaboração da autora (2015).

Conforme gráfico 2, o maior índice de adesão ocorreu com os participantes da área da enfermagem com relação ao número de profissionais que se encontram na organização. Alcançou-se 67,0% do total de 83 enfermeiros do hospital e 85,0% de um total de 114 técnicos de enfermagem da instituição. Conforme a fundamentação teórica traz a população de enfermagem é dominante nas instituições de saúde, como indica o processo sócio histórico da enfermagem.

De acordo com Oguisso *et al.* (2002), a enfermagem surge com as primeiras instituições religiosas, contribuindo com o maior número de profissionais responsáveis pelo cuidado direto aos pacientes. Com isso, pode-se perceber que os maiores agentes de comunicação; emissores e receptores das informações estão entre médicos; residentes e enfermeiros.

As categorias que na amostra estão em menor número com 1,0 %, são os psicólogos (devido ao fato de existir apenas um psicólogo no hospital, e contarmos com alguns estagiários da área) e os assistentes sociais, com apenas quatro profissionais na unidade hospitalar. No departamento de recursos humanos, há o registro de onze farmacêuticos, mas foram encontrados apenas seis, entre farmácia e laboratório e desses apenas quatro profissionais se dispuseram participar da pesquisa.

4.2 DIMENSÕES E CATEGORIZAÇÃO DA TEMÁTICA

Para a análise dos resultados e discussões, a categorização temática buscou compreender as informações de acordo com o número de respostas junto as fontes que foram transcritas pelos mecanismos da estatística simples e posterior análise descritiva.

O questionário foi dividido em seis blocos com distorções e barreiras da comunicação; fluxos da comunicação; fluência da comunicação; canais e instrumentos utilizados na comunicação; eficiência da comunicação; e aspectos que facilitam e dificultam a comunicação

A partir da coleta de dados para uma melhor compreensão dos achados associado a observação *in loco* e a escuta ativa de alguns participantes, optou-se por dividir as dimensões de análise desta pesquisa conforme foi descrito na metodologia e, de posse dos questionários respondidos, iniciou-se a tabulação dentro das categorias de análise.

Procede-se a discussão sobre as dimensões temáticas e as categorias de análise destacadas abaixo, buscando associar as respostas ao objetivo deste estudo. As análises realizadas recebem o respaldo das opiniões dos respondentes, validando ou refutando as premissas deste estudo que são fundamentadas no referencial teórico.

4.3 COMUNICAÇÃO: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A COMUNICAÇÃO DENTRO DO HGMF

Nessa dimensão, o objetivo foi descrever como as informações são difundidas dentro da organização no processo de assistência entre os setores e a equipe de saúde, assim como analisar como os profissionais reagem frente a algumas informações. Foi feita uma reflexão, na percepção dos profissionais, sobre a qualidade e a veracidade das informações.

4.3.1 Percepção sobre a Fluência e Eficiência da comunicação entre os Setores do Hospital e Percepção sobre a Eficiência da Comunicação entre os Setores do Hospital

Neste item, na Tabela 1 e nos Gráficos 3 e 4 a seguir, apresenta-se um comparativo sobre a percepção dos profissionais sobre a fluência da comunicação apontada como satisfatória e relacionada com a eficiência da comunicação entre os profissionais de saúde nos setores do hospital.

Tabela 1- Percepções dos Profissionais de Saúde sobre a Fluência e Eficiência nos Setores

| | Fluência N=416 | | | | Eficiência N=416 | | | |
|-------------------------------|----------------|------|-----|------|------------------|------|-----|------|
| | Sim | % | Não | % | Sim | % | Não | % |
| Bio Imagem | 398 | 95,7 | 18 | 4,3 | 296 | 71,2 | 120 | 28,9 |
| Nutrição | 326 | 78,4 | 90 | 21,6 | 295 | 70,9 | 121 | 29,1 |
| Maqueiro | 319 | 76,7 | 97 | 23,3 | 196 | 47,1 | 220 | 52,9 |
| Emergência | 305 | 73,3 | 111 | 26,7 | 294 | 70,7 | 122 | 29,3 |
| Bloco Cirúrgico | 245 | 58,9 | 171 | 41,1 | 271 | 65,1 | 145 | 34,9 |
| UTI | 271 | 65,1 | 145 | 34,9 | 256 | 61,5 | 160 | 38,5 |
| Serviço Social | 305 | 73,3 | 111 | 26,7 | 239 | 57,5 | 177 | 42,6 |
| Lab. de análise | 194 | 46,6 | 222 | 53,4 | 235 | 56,5 | 181 | 43,5 |
| Dir. Enfermagem | 234 | 56,3 | 182 | 43,8 | 219 | 52,6 | 197 | 47,4 |
| Setor Pessoal | 266 | 63,9 | 150 | 36,1 | 217 | 52,2 | 199 | 47,8 |
| Higien. e rouparia | 302 | 72,6 | 114 | 27,4 | 214 | 51,4 | 202 | 48,6 |
| Farmácia | 227 | 54,6 | 189 | 45,4 | 163 | 39,2 | 253 | 60,8 |
| Manutenção | 371 | 89,2 | 45 | 10,8 | 138 | 33,2 | 278 | 66,8 |
| Un.de Internação | 154 | 37 | 262 | 63 | 124 | 29,8 | 292 | 70,1 |
| Un. Fisioterapia | 191 | 45,9 | 225 | 54,1 | 120 | 28,9 | 296 | 71,2 |
| Un. Neonatologia | 234 | 56,3 | 182 | 43,8 | 111 | 26,7 | 305 | 73,3 |
| Almoxarifado | 185 | 44,5 | 231 | 55,5 | 96 | 23,1 | 320 | 76,9 |
| Setor de Compras | 129 | 31 | 287 | 69 | 91 | 21,9 | 325 | 78,1 |

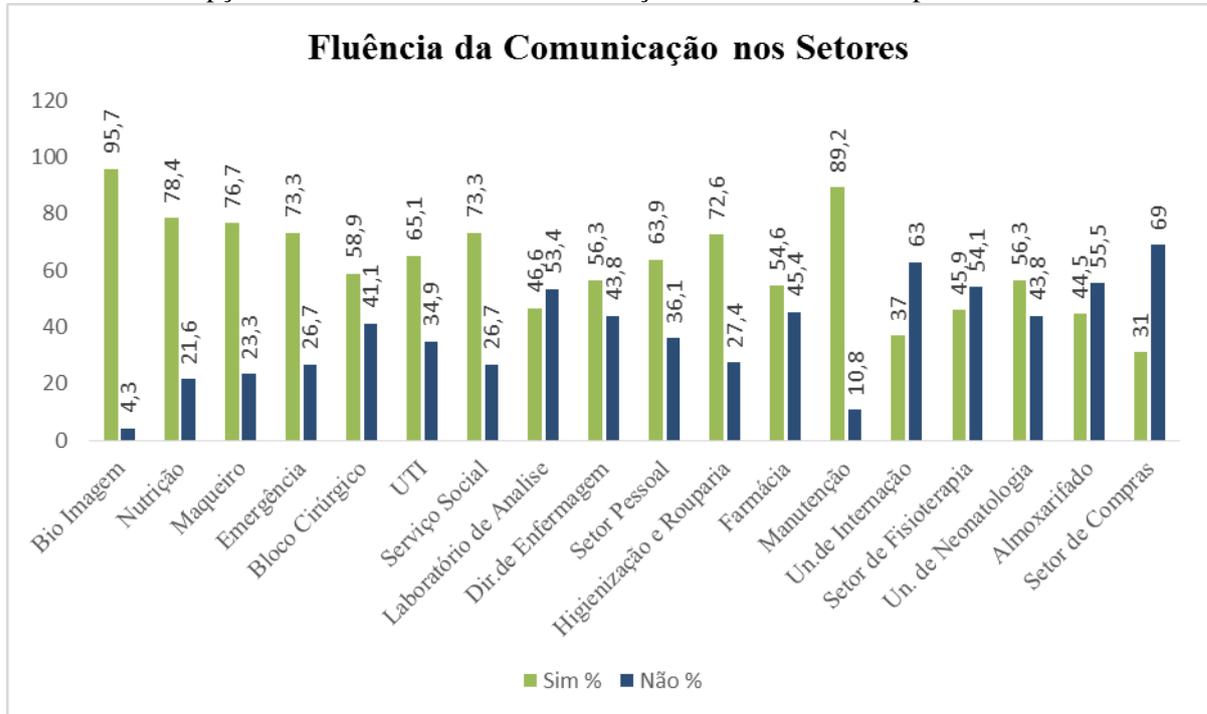
Fonte: Elaboração da autora (2015).

O gráfico 3 abaixo demonstra que as informações fluem em todos os setores do hospital. Em alguns setores o nível apontado pelos participantes destaca a existência de uma comunicação que flui de forma eficiente e, em outros setores, ocorre o repasse da informação com fluência, mas nem sempre o objetivo é alcançado, prejudicando a eficácia da mensagem.

Os setores que obtiveram maior índice de fluência e foram considerados efetivos são os que apresentam maior complexidade como UTI com 65,1%; centro cirúrgico com 58,9%;

emergência com 73,3%; e bioimagem com 95,7% (pela urgência em realizar exames e fornecer laudos para diagnósticos).

Gráfico 3 – Percepções sobre a Fluência da Comunicação nos Setores do Hospital



Fonte: Elaboração da autora (2015).

De acordo com estudos, em função das necessidades assistenciais dos pacientes, que não podem esperar, um setor que exige muitas demandas exige também uma ação imediata tanto nas suas tarefas como na transmissão da informação. Essa questão foi comprovada no hospital em estudo.

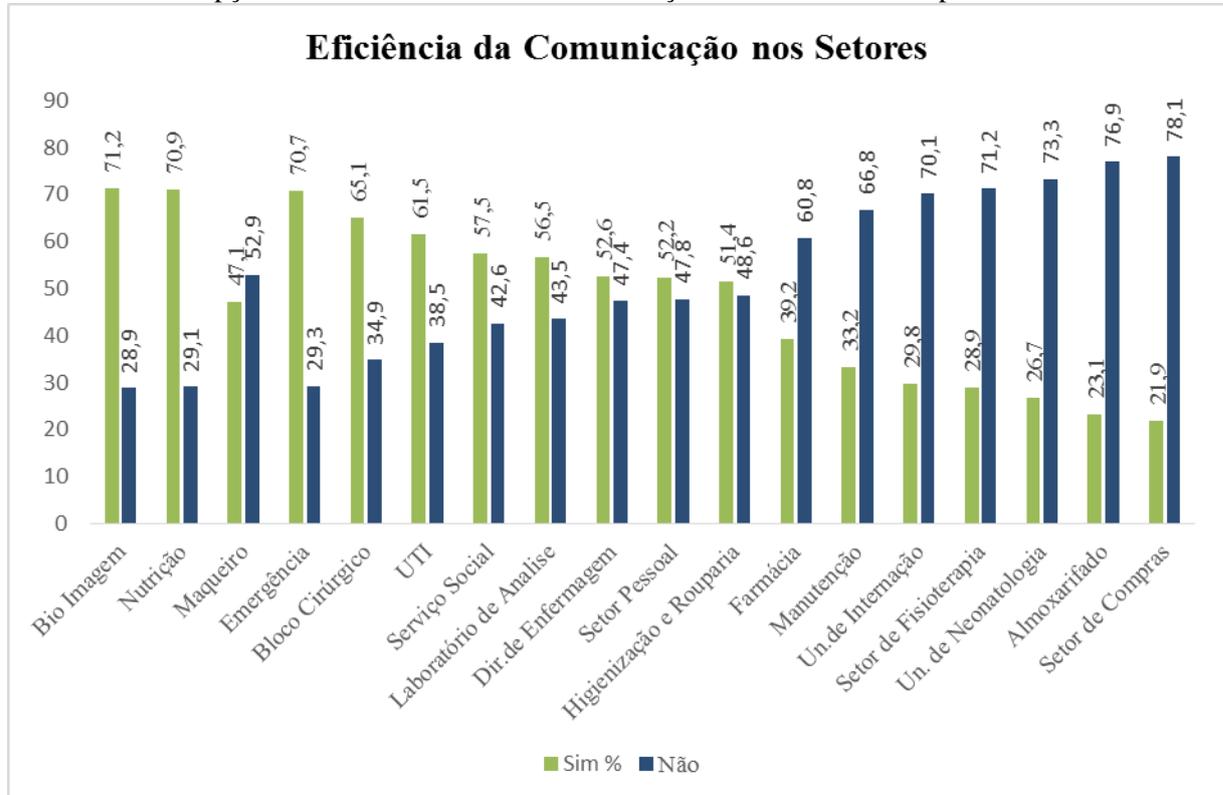
A fluência da comunicação constatada pelos profissionais de saúde está diretamente relacionada à interação entre as equipes e os setores dos hospitais, pois se percebe que a fluência da comunicação atinge todos os setores, possibilitando a troca de informações de todos envolvidos. A comunicação é vista como um sistema dinâmico e complexo, no qual, as partes interagem com o todo.

O repasse das informações entre todos os setores mostra que o processo de comunicação é de fundamental importância para o desenvolvimento das questões assistenciais e administrativas no hospital.

Em relação a eficiência da comunicação comparando com a fluência, percebe-se que a mesma em todos os setores flui; isto posto porque o processo de comunicação neste hospital

funciona até o momento; embora, alguns setores apresentam a eficiência prejudicada, conforme gráfico 4 a seguir:

Gráfico 4 – Percepções sobre a Eficiência da Comunicação nos Setores do Hospital



Fonte: Elaboração da autora (2015).

Como foi apresentado no gráfico 3, um setor que tem uma fluência indicada com números relevantes foi o de nutrição com 78,4% e 70,9% dos participantes também o consideram como eficiente conforme gráfico acima. Essa atribuição pode ter relação com o fato de o local ser considerado apropriado para troca ou procura de informações. Talvez, por ser um local onde normalmente as pessoas param e buscam alternativas para passar o tempo até o momento de retornar ao trabalho. Esse fato favorece as relações entre profissionais de categorias diversas e de diversos níveis dentro do hospital.

Os setores em que a comunicação não flui de forma eficiente com números que revelam baixo índice de aprovação pelos respondentes foram as unidades de internação com 29,8%; manutenção com 33,2%; unidade de neonatologia com 26,7%; almoarifado com 23,1%; e setor de compras com 21,9 %.

Com base na observação *in loco* e em observações dos profissionais esse fato pode ser explicado pelo fato de a comunicação, nas unidades de internação, não acontecer no momento

oportuno ou acontecer sempre concomitante a alguma tarefa ou procedimento, não atingindo seus objetivos. Sendo assim, o repasse das informações torna-se prejudicado sendo a sua comunicação fragmentada.

Dessa forma destaca-se a necessidade de definição acerca dos parâmetros de relevância dessa fluência e o nível de efetividade, visto que no hospital circula uma grande quantidade de informações e de variadas fontes o que leva a questionar-se os participantes, ao analisarem essa fluência, consideraram realmente como prejudicadas as trocas de informações ou as trocas de favores.

Quanto ao fato de o setor de internação não ter uma comunicação eficiente, isso pode ser visto sob dois pontos de vista. Primeiro, por se tratar de um setor em que a assistência acontece dentro de um padrão esperado e que recebe pacientes de quase todos setores, sendo uma atividade rotineira e esperada, ou porque exige menos demanda que outros setores e não se encaixa no universo de maior complexidade por tratar de pacientes estabilizados. E segundo, esse fato pode ser atribuído a uma cultura existente difícil de ser desconstruída, pois na maioria das vezes seus participantes são resistentes e reticentes a mudanças ou avanços da tecnologia. Diante dessa percepção a comunicação desse setor foi avaliada como ineficiente.

De acordo com essas considerações o repasse de informação da equipe do setor de internação foi considerado pelos respondentes como prejudicado, o que pode ser analisado como uma barreira para o processo de comunicação de todo hospital por ser esse um setor que recebe pacientes de todos outros setores, ou seja, nele circulam muitas informações de todo o hospital.

Os resultados de outros setores que apresentaram números reduzidos tanto na fluência como na eficiência como a unidade neonatal, podem estar relacionados com as atividades funcionais de cada setor. Devido aos aspectos de segurança e controle de infecção hospitalar necessários e específicos para esse setor o mesmo é visto como uma barreira física para muitos profissionais, sendo assim estes estão alheios a esse sistema e associam esse fato a uma falha de comunicação.

Em se tratando do setor de compras e de almoxarifado pelo fato de estarem associados ao gerenciamento de recursos financeiros, parecem constituir um problema de organizações públicas hospitalares o não atendimento das solicitações de compra, o que se reflete na fluência da comunicação nesse setor. No setor da manutenção, para onde são dirigidas muitas

solicitações de reparo e consertos, os problemas estão relacionados diretamente com gestão financeira, pois devido a necessidade de autorizações há morosidade no processo.

Desse modo, vários são os fatores que influenciam a comunicação nesse hospital, mas, para uma análise mais profunda, é necessária a realização de outra pesquisa que avalie tipos e conteúdo das informações.

Pode-se constatar que, no hospital estudado, o que determina a eficiência do sistema de comunicação é o aspecto relacional; a integração e a interação entre todos os envolvidos para facilitar a utilização dos meios e instrumentos, atingindo ou não uma comunicação eficaz. Como exemplo dessa interação temos os empréstimos de materiais entre setores que acontecem de modo informal, contando com a interação dos colegas. É preciso que cada pessoa saiba comunicar-se com seus colegas de trabalho de acordo com suas características de forma que a transmissão aconteça tranquilamente.

4.3.2 Percepção da Equipe de Saúde sobre a Postura do Profissional de Saúde frente à Comunicação

Ao analisar a postura ética, ou seja, os valores morais que orientam o comportamento humano ou mesmo as regras usadas e aplicadas de forma contínua pelo cidadão diante da comunicação, verificou-se que nos aspectos da conduta profissional a comunicação entre os setores e entre colegas é favorecida, pois 73,1% ou a maioria da amostra considera-se receptiva a críticas. No que se refere ao relacionamento interpessoal houve uma resposta positiva verificando-se que 62,7% dos profissionais argumentam sobre críticas que emergem e fazem sugestões. Quando o emissor age com respeito em suas colocações, o receptor poderá se sensibilizar e adotar uma postura adequada, também gerando uma troca harmoniosa de palavras numa relação e em uma comunicação pacífica.

Evidencia-se que 58,2% dos participantes relataram que existe uma convivência respeitosa entre profissionais, os quais desenvolvem suas habilidades interpessoais dentro da organização.

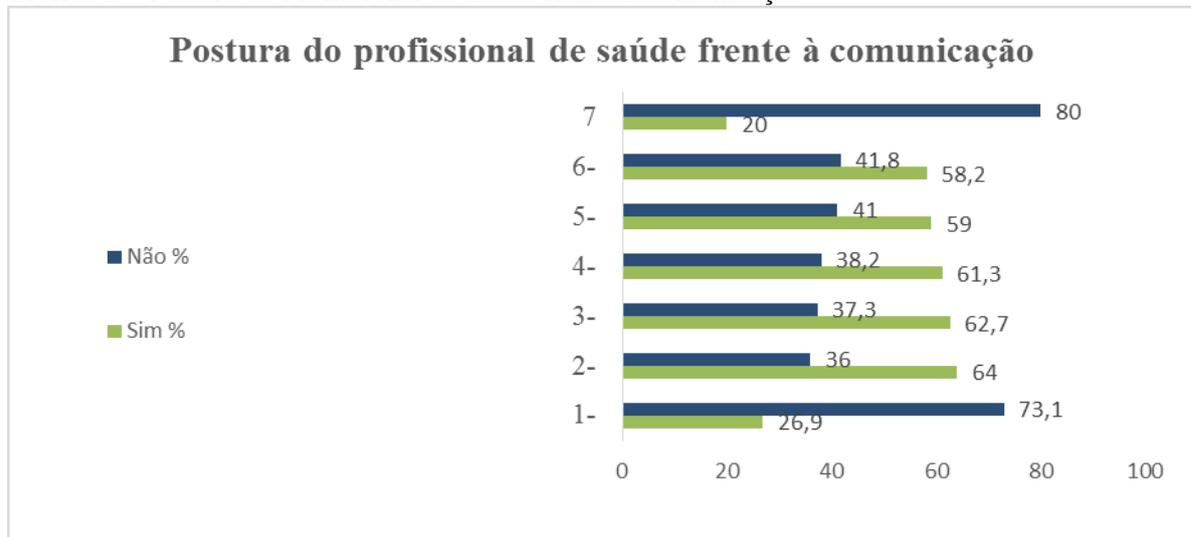
Tabela 2 - Postura do Profissional de Saúde frente à Comunicação

| Postura do profissional de saúde frente à comunicação | Sim N=416 | % | Não N=416 | % |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------|--------------|------|
| 1-Eu me considero uma pessoa receptiva a críticas de todos a minha volta | 112 | 26,9 | 304 | 73,1 |
| 2-Procuo expressar e articular ideias de modo verbal e escrito que envolva toda a equipe | 267 | 64 | 149 | 36 |
| 3-Eu argumento ou faço sugestões diante das críticas | 261 | 62,7 | 155 | 37,3 |
| 4-As mensagens que transmito são apropriadas ao local | 257 | 61,3 | 159 | 38,2 |
| 5-Procuo adequar a mensagem ao entendimento do outro | 247 | 59 | 169 | 41 |
| 6-As mensagens que recebo privilegiam a ética, a transparência e o respeito | 242 | 58,2 | 174 | 41,8 |
| 7-Eu, mesmo não entendendo uma comunicação, não me preocupo em buscar entendimento. | 83 | 20 | 333 | 80 |

Fonte: Elaboração da autora (2015).

Quando indagados sobre as habilidades de saber ouvir; tratar com respeito; estabelecer prioridades; ter transparência entre colegas, itens que estão contemplados na segunda pergunta do gráfico, 58,2% responderam positivamente. Quanto a saber expressar e articular ideias, tanto de modo verbal como escrito envolvendo toda a equipe, 64,0% afirmaram fazer essa prática, demonstrando suas responsabilidades.

Gráfico 5 – Postura do Profissional de Saúde frente à Comunicação



Fonte: Elaboração da autora (2015).

A partir da análise dos respondentes, pode-se inferir que para persuadir e convencer o outro, os profissionais adotam como estratégia aproximar-se de forma educada, com boas

maneiras e sem ir direto ao assunto, pois conversar pessoalmente possibilita aos interlocutores beneficiarem-se de outras informações, potencializando o processo comunicativo (ROSEMBLATT, 2009).

Esses achados confirmam o entendimento de Bohlander *et al.* (2007) ao destacar que as habilidades interpessoais como saber expressar; adequar seu estilo e comunicação às necessidades da equipe e pacientes, com respeito de forma que todos sejam envolvidos; fazer críticas de modo construtivo; valorizar a diversidade; dar e receber *feedback*; promover autonomia profissional é responsabilidade de todos da equipe.

Outro resultado relevante apontado nesse gráfico se refere ao comprometimento com a organização, pois 80,0% dos profissionais demonstraram que procuram entender uma informação quando por algum motivo não a entenderam no ato comunicativo.

Entretanto, segundo estudos de Heringer (2003) e Tavares (2005) sobre desempenho humano quando se avaliam a postura e a conduta profissional nas atividades rotineiras; as habilidades pessoais; como os sentimentos apresentados; estes estão diretamente relacionadas com a satisfação profissional. O desempenho humano se relaciona com o investimento afetivo próprio; a motivação profissional e comprometimento com a organização.

Esse fato evidencia a postura ética desses profissionais de saúde no hospital, pois todo processo de comunicação perpassa pela comunicação interpessoal, sendo imprescindível a postura adequada por parte dos envolvidos em todas as organizações e no que diz respeito a instituições de saúde, essa questão é ainda mais delicada por lidar com seres humanos.

4.4 ORGANIZAÇÃO: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE O PLANEJAMENTO DA COMUNICAÇÃO NO HGMP

Nessa dimensão, o objetivo foi analisar questões que abordam o planejamento da comunicação organizacional por parte da diretoria e da gestão da organização hospitalar sob o ponto de vista dos profissionais de saúde.

4.4.1 Importância Atribuída a Comunicação na Percepção dos Profissionais de Saúde sobre a Diretoria ou Gestão do Hospital

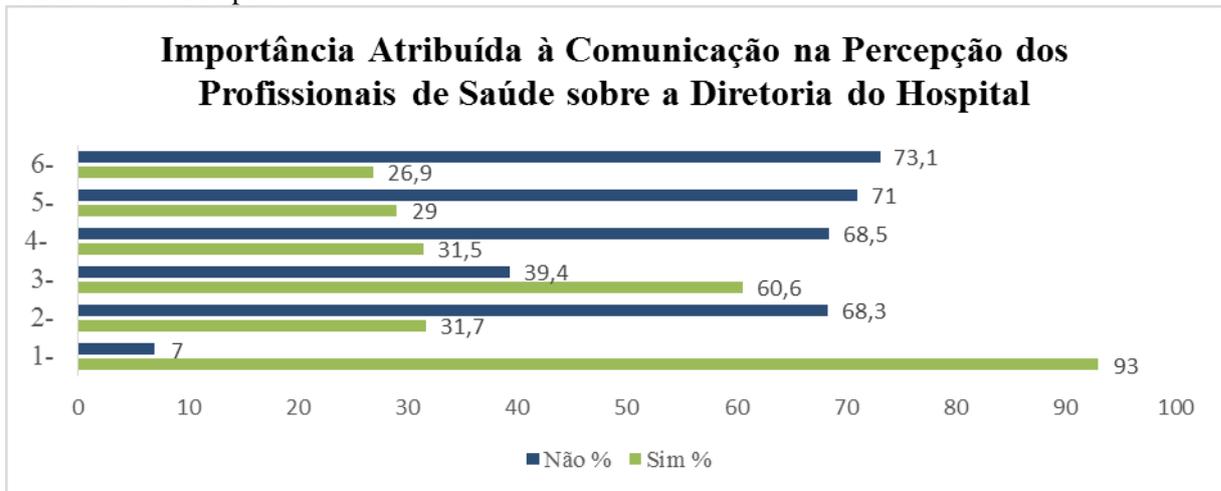
Tabela 3 - Importância Atribuída a Comunicação na Percepção dos Profissionais de Saúde sobre a Diretoria do Hospital.

| Importância atribuída à comunicação na percepção dos profissionais de saúde sobre a diretoria do hospital | Sim N=416 | % | Não N=416 | % |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------|----------------------|----------|
| 1-Eu acredito que o nosso sucesso depende do intercâmbio comunicacional no hospital | 389 | 93 | 296 | 7 |
| 2-As mensagens são compartilhadas com todos os membros do hospital | 132 | 31,7 | 286 | 68,3 |
| 3-Estrutura física do hospital facilita a comunicação | 252 | 60,6 | 164 | 39,4 |
| 4- A informação da diretoria do hospital chega a todos os setores | 131 | 31,5 | 285 | 68,5 |
| 5-O hospital propõe vantagens e recompensas pela melhoria na comunicação | 120 | 29 | 27 | 71 |
| 6-Os objetivos do hospital são definidos e compartilhados com os empregados | 112 | 26,9 | 304 | 73,1 |

Fonte: Elaboração da autora (2015).

No que diz respeito a importância da comunicação no hospital entre os profissionais de saúde, a maioria dos respondentes considera a comunicação de fundamental importância para a assistência de qualidade. Esse fato é demonstrado por 93,0% dos respondentes que “acreditam que o seu sucesso depende do intercâmbio comunicacional no hospital”, o que vem de encontro ao referencial aqui estudado, confirmando que o sucesso de uma organização depende do comprometimento de seus funcionários.

Gráfico 6 - Importância Atribuída à Comunicação na percepção dos Profissionais de Saúde A Diretoria do Hospital



Fonte: Elaboração da autora (2015).

Para atingir o sucesso organizacional nas instituições, o profissional de saúde deve ser o elo da cadeia comunicativa uma vez que este está constantemente em contato com o paciente; familiares; departamentos administrativos e público externo. Qualquer insuficiência nesse processo de comunicação desencadeia uma série de fatores geradores de insatisfação.

“A Administração quando tem algum problema na unidade solicita a diretoria administrativa. E o que não consegue, a gente comunica até com outros setores, remaneja algum aparelho e até funcionários.” (P14).

A comunicação eficaz percebida pelos profissionais de saúde estabelece teias de relações entre pessoas e grupos, fortalecendo a relação entre profissionais, contribuindo para o sucesso da organização.

Grande parte dos profissionais, 68,3 % relatam que nem sempre todas as mensagens são compartilhadas com todos os membros do hospital e 68,5% dos respondentes afirmam que as informações da diretoria não chegam a todos os setores. Conforme o referencial apresentado esse fato constitui uma característica de organizações hierárquicas, as quais de forma rígida, desencorajam os empregados a comunicarem problemas da área para qualquer pessoa que não seja seu superior imediato (HERINGER, 2003).

Esse resultado se torna mais complicado ainda quando associado a uma maioria da amostra onde 73,1% dos respondentes relatam desconhecer os objetivos da empresa ou esses objetivos nem sempre são definidos e compartilhados com todos, pois os profissionais do hospital sentem a necessidade de participar das decisões e conhecer melhor a organização.

Quando isso acontece, os profissionais sentem e mostram que suas ideias são importantes, confirmando o entendimento de Matos (2009) de que as pessoas, quando participam e opinam sobre metas e desafios dentro de uma organização, tendem a melhorar o compromisso e se sentem responsáveis pelo seu sucesso.

Em toda organização, existem situações de trabalho e atividades que precisam ser compartilhadas com duas ou mais pessoas, para que sejam amenizadas ou executadas de forma harmoniosa.

O não compartilhamento de mensagens dentro de uma organização tende a dificultar o funcionamento da comunicação, como o que foi detectado na presente pesquisa ao constatar que 68,3% dos participantes apontam que as mensagens não são compartilhadas em todos os setores do hospital conforme gráfico seis descreve anteriormente.

De acordo com Kunsch (2003), o sistema comunicacional é fundamental para o processamento das funções administrativas internas e do relacionamento com meio externo. Nota-se que o hospital estudado se encaixa entre as organizações formais no nível de organização por apresentar resultados que revelam inibição da comunicação ao invés de seu encorajamento.

Santos (2012), em um estudo mais recente, informa que nos hospitais públicos percebe-se uma posição cômoda que acontece em todos os tipos de organização da mesma esfera. Argumenta que é preciso haver mais questionamentos relacionados ao entendimento das informações dentro dessas organizações e ressalta que sem os questionamentos não se sabe o que está acontecendo e o que se espera dos envolvidos.

Essa mesma situação acontece no presente estudo, pois foi demonstrado que nem sempre os objetivos do hospital são definidos junto com a equipe de saúde; as informações não são compartilhadas em todos os setores e que a equipe de profissionais de saúde se acomoda e não questiona a organização.

Por isso os profissionais deveriam buscar mais explicações para despertar nos gestores a necessidade de melhorias na disseminação das informações no âmbito da organização de modo que circulem informações importantes não apenas para um grupo de profissionais ou setores específicos isolados, mas para todos os envolvidos.

Ainda de acordo com o gráfico 6, a respeito de a organização propor vantagens e recompensas pela melhoria na comunicação, a maioria respondeu que desconhece tais

vantagens, pois apenas 29,0% responderam de forma positiva. Apesar da grande importância que a comunicação assume no ambiente hospitalar, percebe-se que não há investimentos na eficiência e na integração dos processos.

Essa percepção dos profissionais evidencia a necessidade de o hospital repensar suas estratégias de investimentos em comunicação. A comunicação é responsável por difundir o bom entendimento de normas e procedimentos que compõem o processo hospitalar, compartilhando saberes em saúde assumindo um caráter complementar e multidisciplinar no conjunto dos recursos humanos envolvidos no cuidado. Sendo assim, tal investimento terá reflexo direto e relevante nas atividades e ações no cotidiano dos profissionais, alcançando-se o sucesso na organização.

Outra tendência apontada em nossos estudos sobre as respostas dos profissionais é relativa o fato de os hospitais não proporcionarem vantagens relacionadas ao desempenho de investimento afetivo próprio, como a satisfação pessoal, dedicação e reconhecimento de cada profissional.

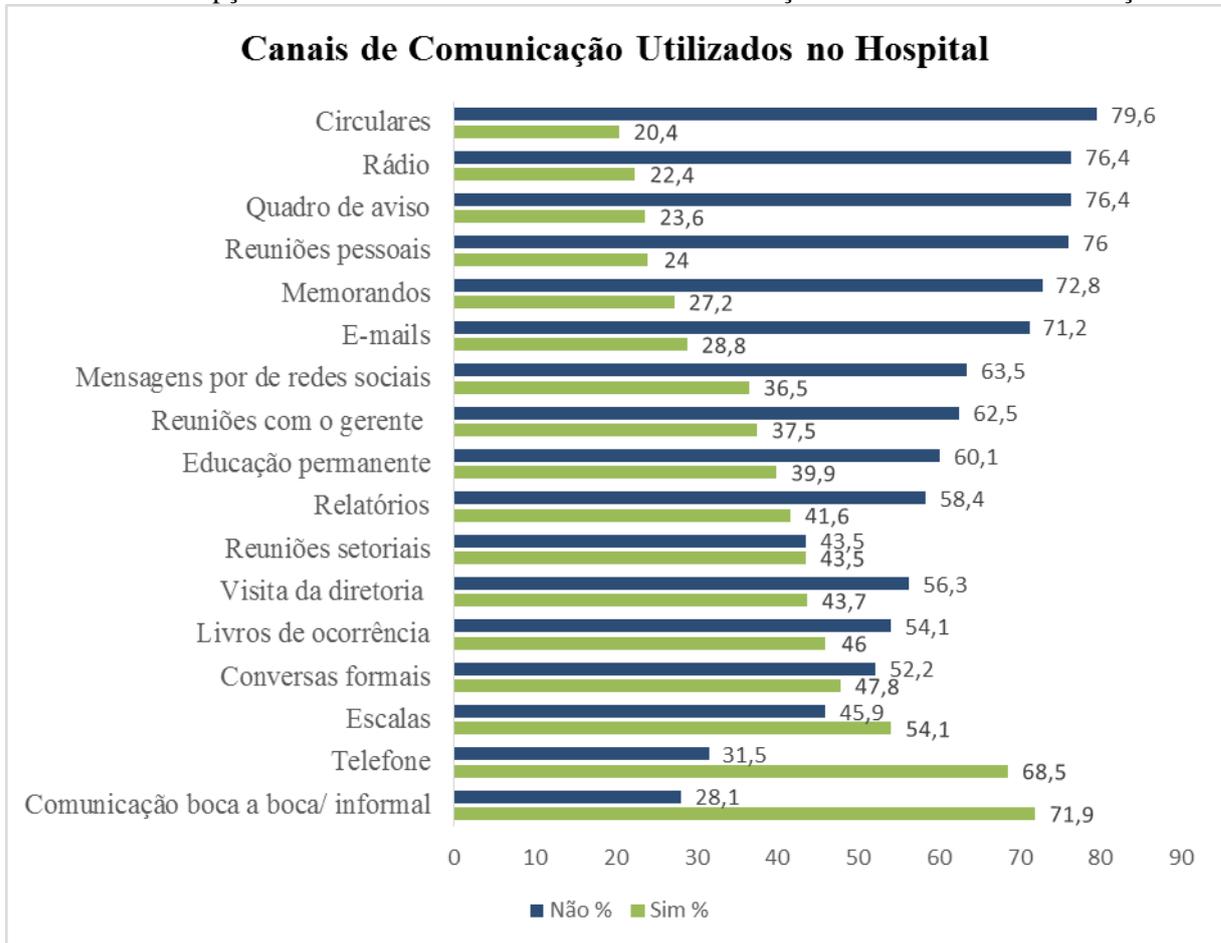
Outro resultado considerado refere-se a estrutura física. Percebe-se que essa não é uma barreira para comunicação, embora se mencionem deficiências e áreas fragmentadas em sua planta. Os informantes revelam que a proximidade física favorece a interação e incentiva a comunicação, mas que encontram instrumentos e meios disponíveis quando essa proximidade não é possível. Considera-se que a barreira da comunicação não é a estrutura física do HGMF. A comunicação atualmente pode fluir muito melhor, o que pode ser explicado pela interação entre os profissionais e pela inovação da tecnologia.

4.5 COMUNICAÇÃO ORGANIZACIONAL: PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NO HGMF

Nesta dimensão o objetivo é descrever como se processa o sistema comunicativo dentro do hospital, incluindo os níveis, os fluxos, redes, aspectos que facilitam e dificultam a comunicação e principais meios utilizados para a comunicação interna.

4.5.1 Canais de Comunicação Utilizados pelos Profissionais de Saúde dentro do Hospital

Gráfico 7 – Percepções dos Profissionais de Saúde sobre a Utilização dos Canais de Comunicação



Fonte: Elaboração da autora (2015).

No gráfico acima são apresentados os recursos; meios de comunicação; instrumentos e canais encontrados no hospital. De um modo geral; os canais mais utilizados no processo de transmissão de informações foram comunicação boca a boca com 71,9%; telefones com 68,5%; escalas com 54,1%; conversa formal com 47,8%; livro de ocorrências setorial com 46,0%; reuniões setoriais 43,5%; reuniões com minha liderança com 37,5%; e também foram citados *internet* e *e-mails* com 28,8 %.

No hospital estudado, foi constatado que dentre os recursos disponíveis, os mais citados foram a comunicação informal com 71,9 %, pois esse tipo de comunicação é mais rápida e preciso no que tange a tarefas simples e rotineiras por ser flexível ou espontâneo. Esse maior índice é uma tendência das organizações, porque é o caminho natural que a informação percorre. Por outro lado, as comunicações informais não são adequadas, pois não

possibilitam o registro completo da informação. Tarefas que exigem mais responsabilidade e maior complexidade requerem uso de recursos formais com mais precisão e registro.

Tabela 4 - Percepções sobre Canais de Comunicação Utilizados no Hospital

| Canais de comunicação utilizados no hospital | Sim N=416 | % | Não N=416 | % |
|----------------------------------------------|--------------|------|--------------|------|
| Comunicação boca a boca/ informal | 299 | 71,9 | 117 | 28,1 |
| Telefone | 285 | 68,5 | 131 | 31,5 |
| Escalas | 225 | 54,1 | 191 | 45,9 |
| Conversas formais | 199 | 47,8 | 217 | 52,2 |
| Livros de ocorrência | 191 | 46 | 225 | 54,1 |
| Visita da Diretoria | 182 | 43,7 | 234 | 56,3 |
| Reuniões setoriais | 181 | 43,5 | 181 | 43,5 |
| Relatórios | 173 | 41,6 | 243 | 58,4 |
| Educação permanente | 166 | 39,9 | 250 | 60,1 |
| Reuniões com minha liderança | 156 | 37,5 | 260 | 62,5 |
| Mensagens através de <i>whatsapp</i> | 152 | 36,5 | 264 | 63,5 |
| E-mails | 120 | 28,8 | 296 | 71,2 |
| Memorandos | 113 | 27,2 | 303 | 72,8 |
| Reuniões pessoais | 99 | 24 | 387 | 76 |
| Quadro de aviso | 98 | 23,6 | 318 | 76,4 |
| Rádio | 93 | 22,4 | 318 | 76,4 |
| Circulares | 85 | 20,4 | 331 | 79,6 |

Fonte: Elaboração da autora (2015).

Com referência ao grande uso do telefone como meio de comunicação com 68,5% fica evidente que a primeira tentativa de um contato é por esse meio e quando não se obtém retorno, recorre-se ao contato pessoal.

“Sempre que preciso uso o telefone para emprestar um material, solicitar exames ou pedir algum impresso. Sempre trocamos nossas dificuldades por telefone.” (P2)

“Mas, quase sempre o telefone é seguido do contato corpo a corpo que acaba sendo mais comum, que eu acho mais eficiente.... as vezes o tempo que perco no telefone já vou e retorno com a solução logo”. (P3)

“Vai pessoalmente e faz uma pressão psicológica, se comunico, se vamos supor for positivo meu contato com ele aí eu faço por escrito! (P4)

Isso acontece em atividades rotineiras. Essa questão explica o número significativo de conversas informais. Quando se precisa fazer uma pressão psicológica, por exemplo, de uma solicitação de material que não teve êxito, faz-se uma visita física e ainda se registra uma

comunicação formal. O contato telefônico possibilita, uma maior mobilização do receptor, porque aumenta sua compreensão e facilita a negociação.

A comunicação verbal ou oral é o meio de comunicação mais importante no HGMP. Ela é estabelecida por contato pessoal e telefônico. Incluem-se na comunicação verbal as trocas de informações durante as passagens de plantões. Elas ocorrem diariamente para que sejam transmitidas todas as situações ocorridas para o colega que dará continuidade aos cuidados. Essa passagem de plantões abrange todas as categorias profissionais e todos os setores do hospital.

“Quase sempre os contatos são por boca a boca mesmo de primeira mão e para reforçar faço o comunicado escrito e encaminhado posteriormente quando quero reforçar um pedido de material por exemplo”. (P5)

No entanto, a maneira mais utilizada pelo hospital para transmitir as informações mais desejadas entre os profissionais de saúde ocorre entre um técnico de enfermagem; um enfermeiro, e principalmente, os médicos pelo fato de essas três categorias serem dominantes na organização e estarem em contato direto com os pacientes. Ocorre também entre outros profissionais de saúde nesse hospital.

Assim, pode-se perceber que a forma mais usada pelos profissionais para se comunicar no hospital é a comunicação oral, a qual se utilizada de forma correta, pode propiciar um bom desempenho. A comunicação oral tem como vantagens o esclarecimento de dúvidas e um *feedback* imediato conforme Robbins (2004).

Como outros meios foram encontrados 43,5% de reuniões setoriais com 37,5% de reuniões que acontecem com a liderança e 24,0% de reuniões pessoais. Nota-se que as reuniões pessoais ocorrem somente em situações pontuais.

A comunicação escrita ocorre por meio de livros de ocorrências do plantão nos setores. Essa prática comunicacional faz parte da passagem de plantões cujo registro de ocorrências é feito em livros. Além disso existem nos setores outras especificidades de caráter formal, como livro de escala de serviço; folgas; licenças; protocolos de solicitações; e ocorrências que exigem maior seriedade; quando comparadas às outras modalidades de canais.

No que se refere aos murais ou quadro de avisos 23,6% dos entrevistados responderam que utilizam esse meio. O hospital dispõe de murais com avisos informativos sendo alguns de

forma atrativa, onde são transmitidas algumas informações dos superiores a todos envolvidos. Embora seja um meio antigo e de fácil utilização, a comunicação nesse caso tem como finalidade apenas fixar escalas de plantões de trabalho; folgas e férias da equipe da enfermagem. Nos demais setores de categorias diversas; é encontrada a mesma situação onde há escalas de médicos; escalas de nutricionistas e escalas de assistentes sociais; etc.

Portanto, percebe-se que o hospital utiliza diferentes canais de comunicação para processar as informações, ou seja, a organização exerce a missão de unir seus colaboradores, mas ainda existem falhas táticas na utilização desses meios.

Os achados da pesquisa referentes ao uso de canais a caracteriza como informal. Os profissionais de saúde valorizam os processos de interação interpessoais como conversas informais e reuniões setoriais e com as chefias, sendo que destes encontram informações com os colegas de trabalho e nas conversas de corredores.

De acordo com o entendimento dos autores destacados no referencial teórico, essa última forma não é muito adequada para a empresa, pois se corre o risco de alterações no teor da comunicação e mal-entendidos na mensagem com algum ruído ou distorção como foi visto no processo de comunicação. Porém, no HGMF esse processo funciona e flui. Pode ocorrer alguma alteração de vez em quando, mas as conversas paralelas no hospital resolvem as situações entre os envolvidos que por lidarem com vidas humanas as utilizam com frequência. Estas têm demonstrado na prática sua eficácia.

“Aqui no hospital temos uma flexibilização para conversar com nossos gerentes pelos corredores do hospital; nos setores e discutir nossos problemas mesmos que não sejam resolvidos, mas não existem padronizações de relatórios ou meios alternativos”. (P7)

Na comunicação informal, a facilidade é percebida pela utilização de modos alternativos, como contatos e reuniões pessoais, telefone e relações de amizade. Essa comunicação informal é ressaltada pelas respostas como impulso para o processo de comunicação entre os setores para tratar de questões do dia a dia e por possibilitar retorno rápido.

Observa-se pelas respostas que não existe padronização quanto a utilização dos canais de comunicação. A única padronização são os livros de registro de ocorrências encontrados em todos os setores e separados por especificidade.

Assim, considera-se que as opções ou os critérios de escolha dos canais decorrem da urgência; da necessidade de retorno ou resposta, pois nem sempre o atendimento ao paciente

pode esperar. O nível da formalidade do assunto apontado por 47,8% dos respondentes, somente foi observado quando a comunicação é oriunda da diretoria e dirigida aos gerentes de unidades.

Embora a burocracia e a morosidade sejam características de hospital público devido à hierarquia funcional, o que exige comunicação formal nesse hospital é pouco utilizada sendo 27,2% de memorandos e 20,4% de circulares.

Assim, a ineficiência de canais como requisições; circulares e memorandos estimula a utilização de modos alternativos informais para a transmissão de informações, uma vez que a comunicação formal fica apenas com os registros de problemas em livros ou circulares da chefia com a finalidade de buscar soluções.

De acordo com Myers (1982), esse meio é pouco utilizado pelos profissionais de saúde, sendo de uso exclusivo dos gerentes de setores para solicitações de serviços ou pedidos de compras.

Mesmo com o avanço da tecnologia e considerando a globalização, a comunicação por mensagens via *Whatsapp* foi de 36,5% e *e-mail* foi de 28,8%. Esses achados refletem a utilização de aparelhos celulares pessoais e o uso de *e-mail* é direcionado pelos setores administrativos e lideranças. Nesse hospital ainda não existe o prontuário eletrônico, havendo um processo de implantação de sistema informatizado para registro dos pacientes nos setores.

O menor número de utilizações de mensagens escritas pode estar relacionado ao tipo de interpretação ou compreensão do receptor, pois em uma simples leitura talvez o assunto não fique tão claro como em uma conversa por telefone. Por isso muitas vezes mesmo encaminhando um *e-mail*, as pessoas reforçam o pedido via contato telefônico obtendo resposta mais rápida.

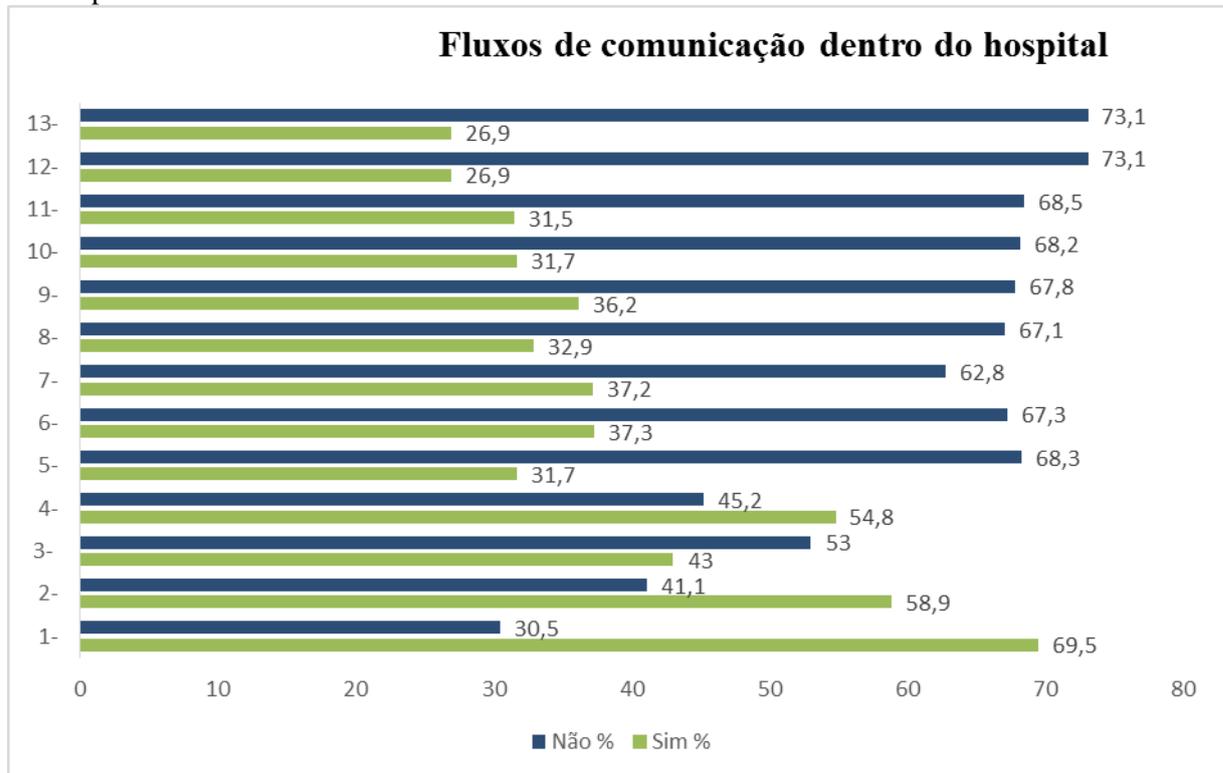
Foi observado que os profissionais de saúde valorizam as visitas da diretoria ou da gerência contando com 43,7% dos respondentes. Este resultado decorre da valorização do profissional pela atenção dispensada por parte dos superiores com os empregados, possibilitando uma integração e soluções no modo coletivo.

Portanto, esse resultado contradiz os achados anteriores quando os profissionais indicaram que o hospital não propõe vantagens para a melhoria da comunicação, sendo esse um excelente canal que pode ser considerado como vantagem. Talvez em um estudo mais profundo fosse possível analisar as causas dessa lacuna.

4.5.2 Fluxos de Comunicação dentro do Hospital

Conforme fundamentação elencada nesta dissertação, estudos afirmam que a comunicação é o processo de passagem de informações entre diversos setores e diferentes profissionais dentro de uma instituição. Assim, o fluxo de comunicação assume diferentes direções dentro da organização hospitalar, apresentando-se de baixo para cima e de cima para baixo e entre colegas de trabalho.

Gráfico 8 - Percepções dos profissionais de Saúde sobre a Direção dos Fluxos de Comunicação dentro do Hospital



Fonte: Elaboração da autora (2015).

Os resultados mostram que, pelos números indicados, os superiores escutam de maneira limitada a demanda dos funcionários, ou seja, acontece o fluxo de comunicação descendente e ascendente vertical entre os setores; funcionários; chefias; diretoria; por meio de reuniões; e somente entre colegas o fluxo volta a ser horizontal.

O fluxo de comunicação descendente deste estudo segue a estrutura hierárquica funcional do organograma, descendo da administração e passando pela gerência e chegando aos níveis que não se ocupam da supervisão nas diversas categorias.

Na comunicação ascendente evidencia-se a receptividade dos superiores em receber e atender aos empregados mesmo de forma tímida, pois 32,9% dos respondentes recebem

feedback do hospital quando necessário e 26,2% dos participantes afirmam que o hospital escuta suas críticas e sugestões. E o fluxo percorre caminhos de baixo para cima, fornecendo informações aos níveis superiores conforme 31,7 % dos profissionais que afirmam ter participação nas decisões do hospital. Isto demonstra que a confiança na equipe fica abalada, devendo o acolhimento e escuta por parte dos superiores ser melhorado, pois com base na literatura citada, a rede de comunicação reflete a estrutura e organizacional.

Tabela 5 – Percepções dos Profissionais de Saúde sobre a Direção dos Fluxos de Comunicação

| Fluxos de comunicação dentro do hospital | Sim N=416 | % | Não N=416 | % |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------|----------------------|----------|
| 1-Eu respondo sempre as informações recebidas | 289 | 69,5 | 127 | 30,5 |
| 2-Eu obtenho as respostas desejadas dos meus colegas | 245 | 58,9 | 171 | 41,1 |
| 3-Eu proponho ideias para a melhoria do nosso trabalho | 179 | 43 | 237 | 53 |
| 4-Eu recebo bem o <i>feedback</i> do meu chefe | 228 | 54,8 | 188 | 45,2 |
| 5-As mensagens são compartilhadas com todos os membros do hospital | 132 | 31,7 | 284 | 68,3 |
| 6-Eu argumento ou faço sugestões diante das críticas | 155 | 37,3 | 261 | 67,3 |
| 7-No meu hospital participo de reuniões pessoais | 155 | 37,2 | 261 | 62,8 |
| 8-O hospital escuta minhas demandas quando necessário | 137 | 32,9 | 279 | 67,1 |
| 9-Minha instituição escuta as minhas sugestões e críticas | 134 | 36,2 | 282 | 67,8 |
| 10-No meu hospital participo de reuniões com diretoria | 132 | 31,7 | 284 | 68,2 |
| 11-A informação da diretoria do Hospital chega a todos os setores | 131 | 31,5 | 285 | 68,5 |
| 12-Os objetivos do hospital são definidos e compartilhados com os empregados | 112 | 26,9 | 304 | 73,1 |
| 13-Eu me considero uma pessoa receptiva a críticas de todos a minha volta | 112 | 26,9 | 304 | 73,1 |

Fonte: Elaboração da autora (2015).

Fonte: Elaboração da autora

Abaixo segue algumas das falas pontuadas durante a aplicação dos questionários relacionados ao fluxo de comunicação ou o caminho que as informações circulam dentro do hospital na percepção dos profissionais de saúde.

“Eu percebo que a comunicação aqui sempre ocorre da diretoria para enfermagem e dela para os enfermeiros, as vezes chega em todos setores, mas na maioria das vezes é na boca a boca mesmo”. (P8)

“A única comunicação formal aqui no Menandro é relacionado a escalas em que todos funcionários do setor logo cobra.” (P9)

“A diretoria de enfermagem circula em todo hospital, faz visitas em todos setores é muito receptiva, mas percebo ela muito presente na UTI e outros setores fechados”. (P10)

“Meu contato maior é com coordenação de enfermagem para pacientes internos, qualquer problema relacionado a enfermagem ou fora dela eu faço esse contato “. (P11).

“Sempre que chega uma ordem ou um comunicado da diretoria aqui no setor já sento e converso logo com minha equipe e passo para todos funcionários da equipe explicando a nova normatização ou autorização, não dá para esperar dia de reunião para reunir todos do setor. ” (P13).

O fluxo dominante nesse hospital é o fluxo horizontal, pois ocorre a troca de informações entre os colegas do mesmo nível hierárquico tanto entre técnicos como entre enfermeiros; médicos e outros profissionais que se encontram no mesmo nível. Na maioria dos hospitais, o poder da gestão é dividido entre a gestão administrativa e a médica, e as trocas de informações acontecem tanto entre profissionais do mesmo nível como entre profissionais de níveis diferentes, o que desenha outros fluxos fora do organograma do hospital (HERINGER, 2002).

“Eu sempre obtenho retorno de colegas que trabalham comigo, entre colegas e principalmente no nosso setor tem uma comunicação que parece que flui bem e quando algo sai errado também se resolve logo porque dentro do hospital convivemos mais tempo com algumas colegas do que pessoas de nosso convívio familiar”. (P23).

Entre os colegas profissionais ficou evidente a existência de um fluxo horizontal, pois 58,9% dos profissionais têm as respostas desejadas; 69,5% deles respondem as informações recebidas, 53,0% propõem ideias para melhorias do trabalho e 36,2% fazem sugestões diante das críticas, favorecendo o intercâmbio comunicacional.

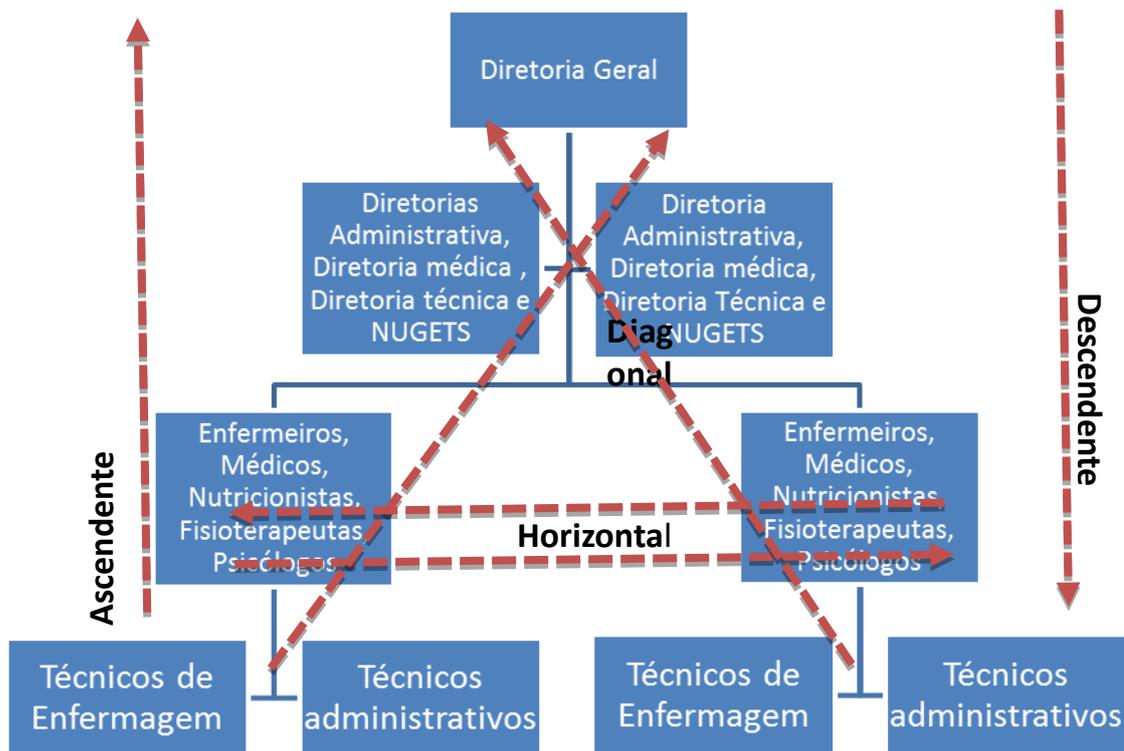
A comunicação lateral aparece quando se nota nas respostas, o relacionamento entre os pares e entre setores com 58,9%. O fluxo horizontal também foi percebido pela autora, pois a fluência entre setores e entre colegas é muito utilizada para resolução de conflitos e negociação de recursos como ocorre, por exemplo, na manutenção de equipamentos e fornecimento de materiais e equipamentos; empréstimos; serviços de limpeza; higienização e rouparia; confirmando o que foi constatado na fundamentação.

O fluxo horizontal dominante favorece as relações dos profissionais, pois nas diversas áreas que compõem a estrutura do hospital promove-se a integração. Ele reflete a realidade de interdependência que marca o funcionamento da organização hospitalar tanto no que se refere aos cuidados do paciente quanto aos processos administrativos.

Quando 31,7% dos profissionais afirmam que participam de reuniões com a diretoria e 43,0% declaram que propõem ideias para melhoria do seu trabalho, percebe-se que acontece o fluxo ascendente vertical. Esse achado foi constatado através da citação de reuniões que acontecem com a chefia e superiores. E 26,2% dos profissionais afirmam que “minha instituição escuta minhas críticas e sugestões” e 32,9% afirmam que “meu hospital escuta minhas demandas quando necessário”.

Entretanto, quando questionados sobre o *feedback* ou a resposta do hospital as suas demandas, o resultado mostra-se insatisfatório com 32,9% visto que, nem sempre o hospital retorna as sugestões e críticas embora estas acontecem, confirmando mais uma vez a timidez ou falha no fluxo vertical ascendente e descendente. Ao indagar sobre o compartilhamento de mensagens por todos os setores obteve-se 31,7%.

Figura 2 - Fluxos de Comunicação no Hospital Geral Menandro de Faria



Fonte: Elaboração da autora (2015).

O fluxo diagonal foi percebido no hospital pela autora através das tentativas de buscar soluções, quando uma informação ultrapassa fronteiras, de modo participativa, criando condições para que profissionais de diversas categorias e áreas diferentes passem a intervir, ampliando a discussão sobre algum problema.

Portanto, nesse hospital, o fluxo de comunicação entre as unidades ou setores acontece de forma horizontal entre os profissionais e também verticalmente com direção ascendente e descendente.

Não foram abordados os conteúdos das informações no instrumento. Confirmando Berlo (2002) e Kunsch (2009) existem vários fluxos de comunicação que transmitem as informações dentro da organização, ocorrendo entre os setores; de funcionário para funcionário e também, de maneira tímida dos superiores para os subordinados e dos subordinados para os superiores.

Esse resultado favorece o hospital, pois demonstra que há relacionamento entre os setores e que tanto os superiores quanto os subordinados estão recebendo as informações desejadas sobre o andamento da instituição.

No hospital estão sendo desenhados novos caminhos através do fluxo diagonal, pois nem sempre os fluxos seguem o desenho do organograma proposto pela organização. Essa questão comprova a informalidade utilizada pelos profissionais. Os dados apontados confirmam os estudos de Fernandes (2002), segundo os quais desenharam que na organização hospitalar, devido a uma estrutura fragmentada e hierarquizada, não se atende mais às necessidades, surgindo rearranjos entre os profissionais de saúde tanto em tomada de decisões como para atender ao complexo funcionamento do hospital.

4.5.3 Barreiras de comunicação

Como foi apontado neste estudo, a maior parte das informações é transmitida por meio de conversas informais e sendo assim, corre-se o risco de não se manter a ideia primitiva e central da mensagem, pois ao usar a comunicação nesse corredor, pode ocorrer distorção ou omissão de algum fato o que se configura como uma das barreiras da comunicação.

Os resultados desta pesquisa convergem para dois vieses; um deles é a informalidade onde há as conversas entre colegas nos corredores ou durante os procedimentos como facilitadores do processo de comunicação e outro viés é que essa mesma informalidade pode ser considerada como uma barreira da comunicação.

Quando alguma mensagem é dispersa ou distorcida acontece uma falha e também se pode perceber que ocorre um estresse desnecessário entre profissionais, prejudicando as atividades e a assistência prestada. Porém, em um hospital em que a comunicação

preponderante é a comunicação informal, são esperados os ruídos, pois segundo a fundamentação, toda organização se depara com ruídos e distorções da mensagem.

Na tabela abaixo comparando com o gráfico 9 em relação a existência de barreiras na comunicação, no hospital foram apontadas várias, dentre elas destacam-se conversas entre profissionais nos corredores e com acompanhantes (56,5%); que geram ruídos e conversas paralelas durante atividades (59,1%). Embora as informações aconteçam focadas no trabalho e no que precisa ser feito, ocorre a dispersão com outros assuntos, o que atrapalha a realização do procedimento. Pode-se omitir alguma informação; mostrar desrespeito a privacidade do paciente e falta de humanização, além de infringir a ética.

Tabela 6 - Percepções dos Profissionais de Saúde sobre as Barreiras de Comunicação Existentes no Hospital

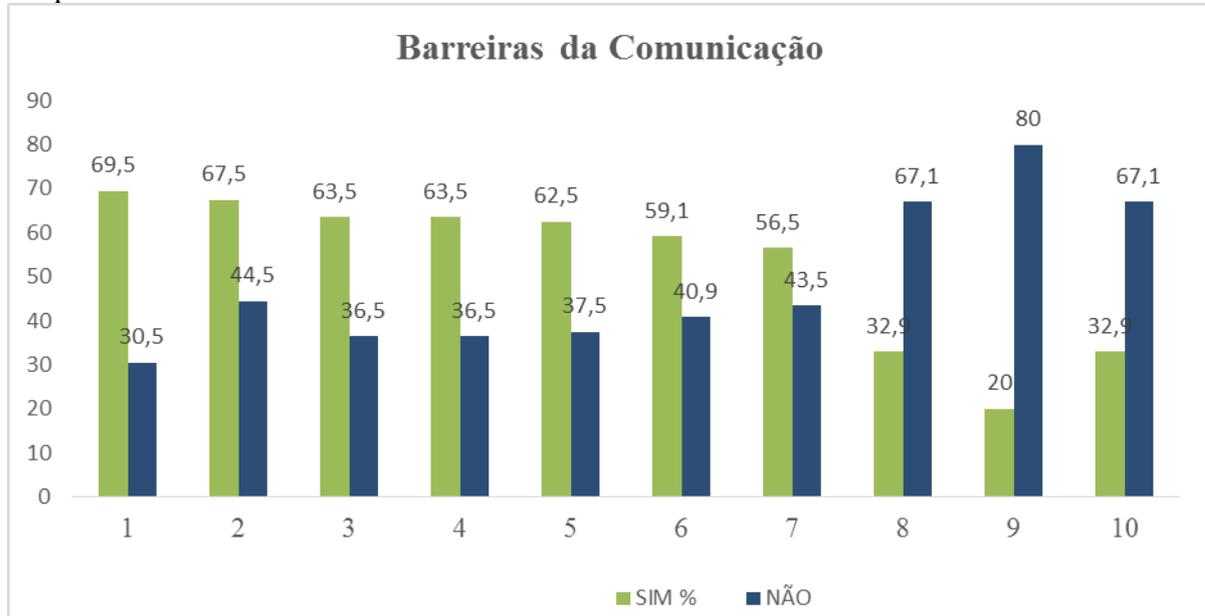
| Barreiras de comunicação nos setores | Sim | % | Não N=416 | % |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------|----------------------|----------|
| Acredito que neste hospital utilizam muito o “telefone sem fio” e que isto atrapalha a comunicação. | 289 | 69,5 | 127 | 30,5 |
| Eu, mesmo não entendendo uma comunicação, não me preocupo de solicitar uma nova informação a respeito. | 83 | 20 | 333 | 80 |
| Observo que o celular e <i>ipad</i> dificultam o entendimento das comunicações. | 281 | 67,5 | 185 | 44,5 |
| Os funcionários do hospital nem sempre falam no tom de voz adequado ao ambiente. | 264 | 63,5 | 152 | 36,5 |
| Eu não consigo escutar algumas informações devido ao ruído de alguns equipamentos. | 264 | 63,5 | 152 | 36,5 |
| Eu observo muita dispersão nas conversas de alguns membros do hospital. | 260 | 62,5 | 156 | 37,5 |
| Os membros de minha equipe se dispersam em conversas paralelas durante os procedimentos. | 246 | 59,1 | 170 | 40,9 |
| Acredito que a conversa entre enfermeiros e acompanhantes atrapalha o fluxo da comunicação no Hospital. | 235 | 56,5 | 181 | 43,5 |
| O Hospital escuta minhas demandas quando necessário. | 137 | 32,9 | 279 | 67,1 |

Fonte: Elaboração da autora (2015).

Em se tratando dos ruídos dos aparelhos, 63,5% dos participantes apontam que a acústica arquitetônica lida com sons dentro e ao redor de construções de todos os tipos. E ainda, os serviços de manutenção do prédio físico dentro das próprias unidades, dificultam o processo de comunicação. Um bom projeto acústico assegura a distribuição eficiente dos sons desejáveis, assim como a exclusão dos indesejáveis como ruídos provenientes de telhado;

piso; teto e paredes. Importante ressaltar que no momento da pesquisa o hospital passava por uma reforma em sua construção física.

Gráfico 9 - Percepções dos Profissionais de Saúde sobre as Barreiras de Comunicação Existentes no Hospital



Fonte: Elaboração da autora (2015).

No que se refere ao uso de celulares e *ipad*, os estudos relatam que a tecnologia veio para ficar, mas existem opiniões diferentes a favor ou contra o uso dessas ferramentas para complementar os diagnósticos no ambiente hospitalar. Entretanto, nesta pesquisa, 44,5% dos profissionais referem que o uso desses eletrônicos pode ser desfavorável quando utilizados em momentos inoportunos como resolver situações fora do trabalho e falas inapropriadas para o local.

Os resultados apontam ainda como barreiras que impedem a eficácia da comunicação, aspectos pessoais; administrativos; sobrecarga de trabalho e informações incompletas e parciais. Conforme fundamentação teórica, os aspectos pessoais constituem um grande problema na comunicação dentro do hospital, pois a comunicação exige empatia, sensibilidade e códigos de linguagem para fluir.

No que se refere a aspectos pessoais, nesse ponto o conhecimento de algo ainda com redução de incerteza tem de ser considerado, pois são habilidades que não foram constatadas como 20,0 % apontaram que “mesmo não entendendo uma informação, não se preocupa em buscar esclarecimento”. Por lidar especificamente com seres humanos todos deveriam buscar o entendimento correto dentro do hospital, pois qualquer falha pode ser fatal. Por exemplo, se

exatamente neste 20,0% houver o prognóstico principal para o tratamento do paciente, todo restante do tratamento será perdido.

Em relação as barreiras como processos administrativos, os profissionais ficaram divididos entre a classe médica e a diretoria administrativa; sendo que de um lado defende o plano terapêutico e, do outro, a gestão financeira que prejudica o andamento e a continuidade da assistência. Esse fato confirma a fala de Thayer (1976) que atribui esse problema às relações de poder existentes em organizações com posição hierárquica marcada pela disputa de espaço entre profissionais como médicos e enfermeiros e ou administradores.

No que se refere a sobrecarga de trabalho, esta foi apontada por 43,5 % dos participantes. Relaciona-se essa situação com as relações interpessoais; relações tumultuadas; conflitos com a equipe médica; em razão de incongruências com uma dificuldade da própria comunicação, resultando em agravantes.

O repasse das informações muitas vezes não acontece, onde as mensagens são omitidas ou chegam incompletas, e sendo assim, não acontece o processo da comunicação em algum ponto ou no setor ou então a comunicação acontece em momento inoportuno, interrompendo o ciclo das informações dentro do hospital não acontecendo a via de mão dupla. Vergara (2000; p. 96) afirma ser importante diferenciar comunicação de informação. “Informação pode ter apenas uma via, mas a comunicação é rua de mão dupla”.

“Às vezes desanimo porque não consigo trabalhar sozinha, preciso de um retorno, sempre preciso de uma resposta e a comunicação aqui nem sempre tem duas vias ela acontece, mas nem sempre é verdadeira”. (P19)

“Todo seu trabalho pode ser perdido porque não obteve a resposta que precisava”. (P20).

Outro fator considerado como barreira na comunicação é a falta de *feedback*. Dos profissionais, 67,1% demonstraram em relação a diretoria que esta quase não dá *feedback*, o que pode estar associado a falta de disponibilidade; flexibilidade e abertura de superiores em receber e atender as demandas, dificultando a comunicação. Essa é uma característica de organizações formais. Dar oportunidade participativa a todos profissionais e levar informações em todos os setores aumentam a credibilidade, melhorando o desempenho, o que vai impactar positivamente na organização.

A eficácia ao lidar com as barreiras de comunicação é sempre complexa, uma vez que depende de uma comunicação clara e objetiva além da eficiência dos meios. A literatura

indica que a realidade das organizações está longe de ser exata, porque cada pessoa interpreta e percebe a mensagem de uma maneira diferente.

4.5.4 Aspectos que Facilitam e Aspectos que Dificultam o Processo de Comunicação no Hospital

Dentre os fatores destacados como facilitadores da comunicação a maioria ressalta acreditar na integração de setores; na articulação da equipe; no comprometimento do profissional; na relação com a chefia, no conhecimento da informação e na disponibilização de canais.

“Aqui as pessoas sempre falam que estão sobrecarregadas, porque se queixam o tempo todo, falta de pessoal, que estão de licença, então neste aspecto a comunicação dificulta”. (P15).

“Eu não gosto de mudar de setor tem anos que trabalho neste posto isto facilita muito a comunicação entre os colegas”. (P16).

“O fato de você achar que nunca vai ser demitido é muito difícil na comunicação deste hospital”. (P17).

“O problema não é a comunicação é as pessoas fazerem de conta que não entenderem, se fui até o setor resolver algo é porque precisei ir e as vezes seu colega não acredita e faz você voltar”. (P18).

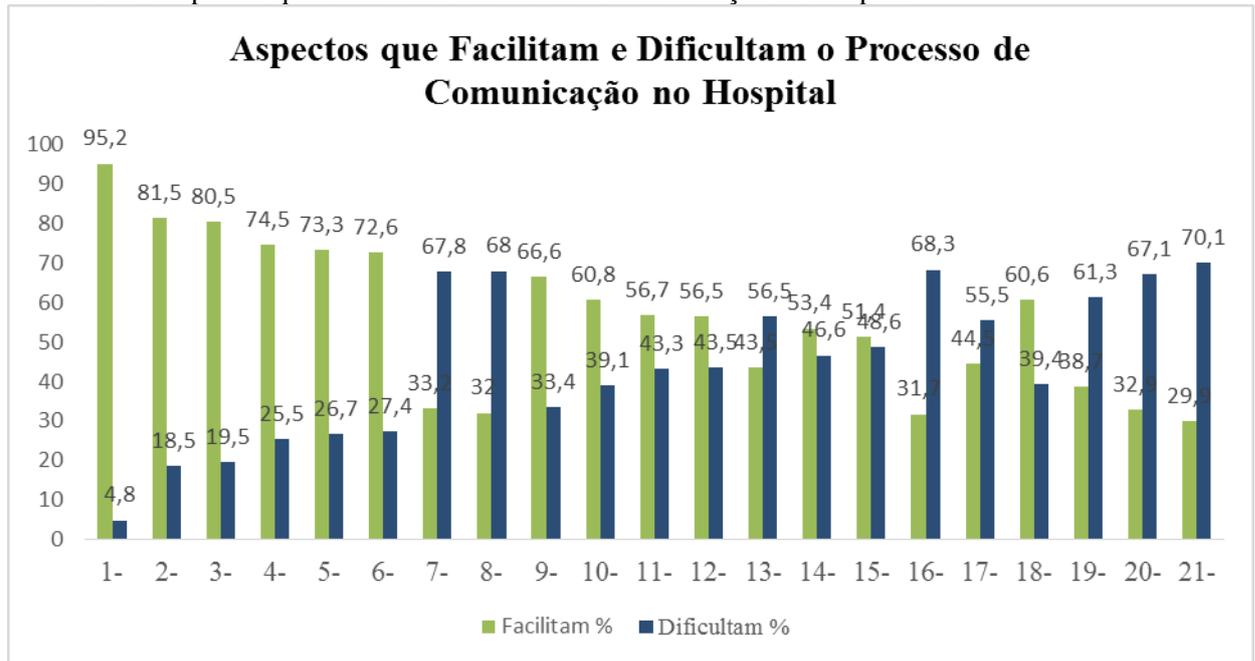
Tabela 7 - Aspectos que Facilitam e Dificultam o Processo de Comunicação no Hospital

| Aspectos que facilita e dificulta o processo de comunicação no hospital | Facilita N=416 | % | Dificulta N=416 | % |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------|----------------------------|----------|
| 1-O tempo de atuação no setor facilita a comunicação | 396 | 95,2 | 20 | 4,8 |
| 2-Integração dos setores | 339 | 81,5 | 77 | 18,5 |
| 3-Articulação entre colegas | 335 | 80,5 | 81 | 19,5 |
| 4-Uso dos canais de informação | 310 | 74,5 | 106 | 25,5 |
| 5-Uso da comunicação informal (rádio corredor, <i>whatsapp</i>) | 305 | 73,3 | 111 | 26,7 |
| 6-A burocracia do hospital facilita a comunicação | 302 | 72,6 | 114 | 27,4 |
| 7-Organização pública | 134 | 33,2 | 282 | 67,8 |
| 8-Uso da comunicação formal (avisos, <i>e-mails</i>, reuniões) | 133 | 32 | 283 | 68 |
| 9-A comunicação com os mais experientes flui melhor | 277 | 66,6 | 139 | 33,4 |
| 10-Compreender a especificidade de cada setor | 253 | 60,8 | 163 | 39,1 |
| 11-A maneira de encarar os problemas | 236 | 56,7 | 180 | 43,3 |
| 12-Relação com seu chefe | 235 | 56,5 | 181 | 43,5 |
| 13-A sobrecarga de trabalho | 181 | 43,5 | 235 | 56,5 |
| 14-Centralização da informação | 222 | 53,4 | 194 | 46,6 |
| 15-Postura profissional | 214 | 51,4 | 202 | 48,6 |
| 16-As mensagens são compartilhadas com todos | 132 | 31,7 | 286 | 68,3 |
| 17-Reuniões pessoais | 185 | 44,5 | 231 | 55,5 |
| 18-Estrutura física do hospital | 252 | 60,6 | 164 | 39,4 |
| 19-As mensagens que recebo chegam a tempo | 161 | 38,7 | 255 | 61,3 |
| 20-O hospital escuta minhas demandas quando necessário | 137 | 32,9 | 279 | 67,1 |
| 21-Educação permanente | 124 | 29,9 | 292 | 70,1 |

Fonte: Elaboração da autora (2015).

Existe uma concordância dos profissionais de saúde ao relatarem os facilitadores da comunicação em estudo. Na perspectiva dos respondentes; conforme é destacado no gráfico, estes são tempo de prática naquele setor (95,2%); os aspectos de integração (81,5%); falar diariamente com o colega (80,5%), compreender as especificidades de cada setor (60,8%), convivência com colegas mais experientes de profissão (66,6%).

Gráfico 10 - Aspectos que facilitam e dificultam a Comunicação no Hospital



Fonte: Elaboração da autora (2015).

Percebe-se que a comunicação é um processo de passar informação e esperar que a outra pessoa compreenda a mensagem. É uma forma de ligação entre pessoas que compartilham sentimentos; habilidades e conhecimentos, pois uma organização não existiria ou não conseguiria desenvolver suas atividades sem comunicação, sendo essa uma rede que integra e coordena suas partes e é responsável pela fluência deste processo. Os meios de comunicação ou canais utilizados serão os mecanismos usados para veicular essas informações.

No que se refere ao comprometimento dos profissionais com a organização, este é visto como reflexo de disponibilidade sendo que 74,5% respondem que fazem uso dos canais disponíveis e 53,4% da centralização das informações.

Quando indagados sobre a maneira de encarar os problemas, 56,7% dos profissionais responderam que são facilitadores da comunicação na tentativa de entender a realidade do outro; na intenção de ajudar e entender o colega, utilizando a agilidade necessária. O indivíduo tem de se admitir no meio social e precisa ser aceito, pois a falta de comunicação interpessoal pode levar a sua exclusão do universo organizacional, permanecendo apenas o profissional. Isso vem evidenciar o que Thayer (1976) afirma quanto ao equilíbrio entre todos os níveis, o que proporcionará um processo comunicacional interno em sintonia com sistema social mais amplo.

Pouco mais da metade dos profissionais, sendo 56,5% consideram as relações com o chefe como um dado positivo, pois elas refletem uma relação de imparcialidade; confiabilidade; participação e flexibilidade, de modo que alicerçam a credibilidade na pessoa do chefe e, conseqüentemente na organização.

Dentre os fatores que dificultam a comunicação, a burocracia foi apontada com menor incidência, contradizendo a literatura, pois 72,6% dos profissionais acreditam que ela facilita. Outros dados considerados negativos foram a velocidade da informação onde 61,3% diz da inexistência de educação permanente, 70,1% do não compartilhamento das mensagens; 68,3%, da falta de *feedback*; 67,1% da sobrecarga de trabalho e 67,8% diz a organização pública ser uma barreira na comunicação.

Percebe-se a influência de uma crença equivocada, quanto ao fato de a organização hospitalar ser pública, transferindo-se a responsabilidade apenas para o governo; nesse caso, os profissionais se comportam de forma descomprometida, sem vontade de realizar melhorias no seu trabalho, demonstrando falta de interesse em buscar ou repassar informações a outros setores. Acostumam-se a não assumir posicionamentos, não dar respostas ou não insistir, acreditando que nada acontece na organização pública.

Quando indagados sobre o *feedback* do hospital e dos líderes à sua demanda, percebe-se um descontentamento por parte dos funcionários da ordem de 67,1%. Todos de uma organização precisam de um *feedback*, seja ele positivo ou negativo, pois ele impulsiona a refletir sobre aquilo que está sendo feito, facilitando a correção das ineficiências e a manutenção dos acertos (MOSCOVICI, 1998).

A análise das falas a respeito do *feedback* mostra aspectos que geram desgaste ou morosidade no processo de comunicação. E ainda, outro problema levantado pelas respostas é que, muitas vezes, o receptor da comunicação não tem autonomia ou informação suficiente para tomar uma decisão, dar uma resposta ou um retorno, ou até mesmo receber uma satisfação por uma solicitação, conforme foi destacado no gráfico anterior.

O *feedback* é importante para retroalimentação entre os indivíduos de uma organização. Gapski (2000) define o processo de retroalimentação, caracterizando-o como os atos de dar e receber informações sobre si e sobre os outros, na medida em que ocorrem as interações e relações entre as pessoas ou grupos. Percebe-se, pelas respostas, que esse processo acontece na organização estudada, e, quando ocorre, deve ser entendido como um processo de ajuda, estimulando a mudança de comportamentos, apresentando mais atitudes e

comportamentos assertivos, contribuindo para o melhor desempenho individual, e consequentemente, da organização.

De acordo com Gramigna (2002, p. 129), o processo de *feedback* pode ser visto “como uma via de mão dupla, pois tanto a pessoa que transmite como a que recebe o feedback precisam estar abertas e flexíveis à mudança para que os resultados sejam alcançados”.

E o processo de comunicação tem de fluir; para isso, é importante se dedicar com todo cuidado às comunicações funcionais, não deixando que questões relacionadas a fatos pessoais transpareçam, gerando conflitos e situações desagradáveis que interferem no conceito ético da organização.

4.5.5 Efetividade das informações que circulam no hospital

Essa categoria subdivide-se em subitens no modelo de análise sobre a efetividade de Comunicação organizacional (acesso, tempo, clareza e redução da incerteza ou ambiguidade da informação).

Nessa categoria das percepções sobre a efetividade das informações, percebe-se que muitos funcionários apontaram que as mensagens não são claras; apenas 43,8% acreditam que as mensagens são claras.

Tabela 8 - Efetividade das Informações na Percepção dos Profissionais de Saúde

| Efetividade das informações | Sim N=416 | % | Não N=416 | % |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------|--------------|------|
| 1-Os funcionários do hospital nem sempre falam no tom de voz adequado ao ambiente | 264 | 63,5 | 152 | 36,5 |
| 2-Acredito que as mensagens transmitidas pelos médicos nem sempre são claras. | 252 | 60,6 | 164 | 39,4 |
| 3-As mensagens são compartilhadas com todos os membros do hospital. | 132 | 31,7 | 286 | 68,3 |
| 4-De maneira geral, as mensagens que recebo no hospital são bem claras. | 182 | 43,8 | 234 | 56,3 |
| 5-As mensagens que recebo chegam a tempo. | 161 | 38,7 | 255 | 61,3 |
| 6-Eu, mesmo não entendendo uma comunicação, não me preocupo de solicitar uma nova informação a respeito. | 83 | 20 | 333 | 80 |

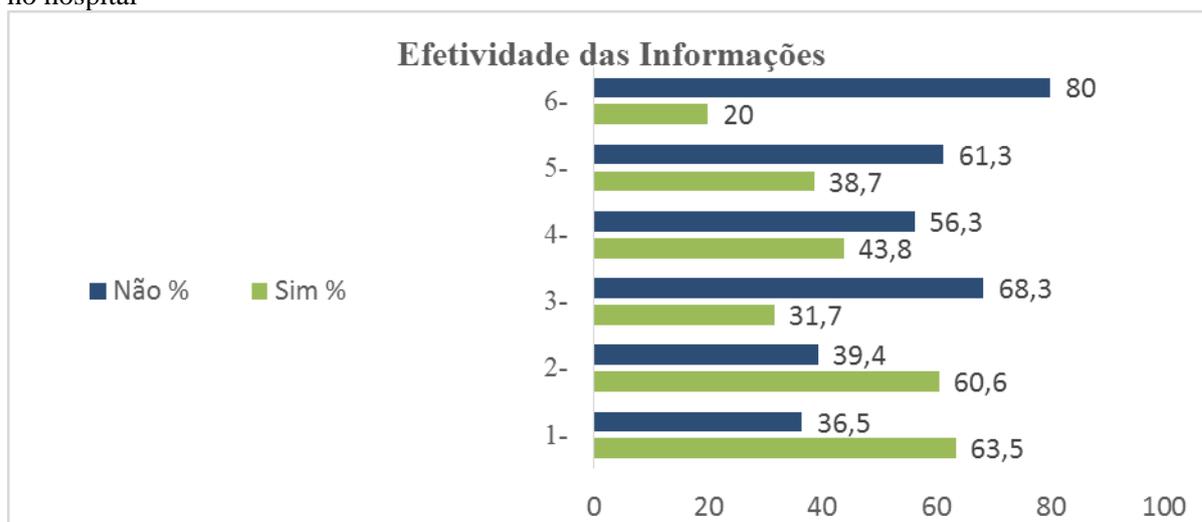
Fonte: Elaboração da autora (2015).

Em se tratando das mensagens oriundas dos médicos 60,6% dos profissionais afirmam que nem sempre as mensagens transmitidas são claras, principalmente nas informações escritas, que são ilegíveis; isso mostra a necessidade de implantação dos prontuários

eletrônicos. Considera-se, com esse achado, que, mais uma vez, os profissionais lançam mão da comunicação oral pessoal, ou por contato telefônico, em busca da interpretação da escrita.

No que se refere ao tempo que as mensagens levam tramitando pelos setores entre profissionais, 61,3 % afirmaram que não chegam a tempo e 53,8% que não atingem todos os setores, prejudicando o acesso às informações.

Gráfico 11 - Percepções dos Profissionais de Saúde sobre a Efetividade das Informações que circulam no hospital



Fonte: Elaboração da autora (2015).

Quando indagados sobre a redução da incerteza ou a veracidade da informação, a situação é preocupante, pois, mais uma vez, 20,0% dos respondentes não buscam o entendimento da mensagem, sendo essa situação muito delicada, porque eles lidam com vidas humanas.

Esses dados são significativos e indicam a necessidade de um plano de comunicação interna. Pois a informação é o que permite o conhecimento a respeito de algo, envolvendo um processo de redução das incertezas, sendo necessário que destinatário receba e compreenda a mensagem. Dentro de um hospital, essa situação se torna mais complexa e preocupante, porque é através dessa interpretação da informação que será prestado o cuidado ao paciente.

Diante desses resultados, percebe-se que a falta de clareza, associada à velocidade prejudicada das informações, muitas vezes podem conduzir à não realização de tarefas ou à sua realização em desacordo com o que foi planejado, ocasionando danos e prejuízos aos pacientes e à organização como um todo.

Pelas respostas levantadas em nosso estudo e com base nos estudos de Heringer (2003) sobre as características de uma comunicação eficaz, percebe-se que os funcionários expressam mais sentimentos, em detrimento da parte técnica, o que pode prejudicar o processo.

Estudos afirmam que a escuta, a clareza na hora de transmitir a mensagem, a educação, o respeito e o contato interpessoal são competências imprescindíveis para trabalhadores da área da saúde. E a falta de esforço colaborativo entre a equipe também pode influenciar de forma negativa a comunicação.

A transparência e a clareza presentes nas informações implicam passar confiabilidade, desenvolvendo também um bom relacionamento e, assim, aprimorando conhecimentos e capacidade técnica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa atingiu o objetivo geral que foi o de descrever o processo de comunicação no HGMF, mas, muito além da descrição, procura-se fazer nesta dissertação, uma análise em profundidade de todas as relações comunicacionais. Nesse sentido, acredita-se que ultrapassou o método quantitativo e empregou-se a forma qualitativa de análise de dados através da observação *in loco* e da pesquisa ação. Durante a coleta de dados percebeu-se a necessidade da pesquisa ação no hospital estudado que foram pertinentes objetivos propostos.

Com esta pesquisa foi possível verificar que a comunicação nesse hospital tem um papel preponderante no desenvolvimento de práticas estruturadas na saúde. A organização apresenta uma comunicação operante baseada na interação entre profissionais de vários setores e diversas categorias. A comunicação organizacional é vista de forma integrada, predominantemente informal, pois os profissionais de saúde valorizam as conversas pessoais e informais. Muitos profissionais encontram informações com os colegas de trabalho e nas conversas de corredores. Esse aspecto observado coloca a comunicação considerada informal como o meio mais eficaz de troca de informações entre os diversos agentes do público interno, como foi encontrado em 71,9% das respostas dos participantes.

Nesse hospital, cerca de 80 % dos profissionais buscam um ambiente favorável a comunicação, no que tange a integração e a articulação com colegas, permitindo um aumento na velocidade de compreensão e na troca dos dados, reduzindo a obsolescência das informações em saúde. Sendo assim, os fatores identificados como impulsores da comunicação no HGMF, para facilitar a troca de informações, foram a integração entre os pares; a interação baseada na proximidade pessoal e a experiência ou o tempo de serviço no setor em que trabalha.

A comunicação flui em todos os setores e a maioria dos participantes ressaltou que a mesma é eficiente em seu objetivo de transmitir as mensagens. Foi constatado que os profissionais de saúde avaliam a comunicação em dois pontos sendo primeiro, no sentido de compreender a dinâmica da transmissão da informação com seus receptores, e o segundo, na compreensão da mensagem no que diz respeito ao seu significado, ou seja, a eficácia da comunicação. As respostas dos participantes atribuem mais resultados apenas para a transmissão das mensagens, não valorizando a compreensão do seu significado.

Os setores que obtiveram maior índice de fluência e foram considerados efetivos são os que apresentam maior complexidade como a UTI; o centro cirúrgico; a emergência e setores de realização de exames, atingindo uma média de 65,0% a 70,0% de respostas positivas quanto a eficiência.

No que se refere aos canais ou a forma de comunicação, a mais utilizada é a verbal com as conversas informais atingindo 71,9% e o contato telefônico 68,5%. Foram apontados que o contato telefônico, enquanto canal possibilita uma maior mobilização do receptor, porque facilita a negociação e aumenta a compreensão do receptor em situações em que precisam ser mais austeros.

A comunicação escrita é também utilizada, e, quando está presente, na maioria das vezes, a oral precede a escrita. A comunicação escrita foi encontrada nos livros de registros destinados para a comunicação formal ou de ocorrências dos setores.

Assim, considera-se que a opção ou os critérios de escolha dos canais decorre da urgência quanto a necessidade do retorno ou resposta, pois nem sempre o atendimento ao paciente pode esperar sendo o nível da formalidade do assunto foi constatado por 32% dos participantes, restrito a assuntos oriundos da diretoria para gerentes de unidades e em algumas circunstâncias, para enfermeiros e outros líderes de setores.

O fluxo horizontal prevalece entre os profissionais de diversas categorias tanto entre setores, fazendo trocas de informações no que tange as práticas de saúde, como entre diretorias de enfermagem; diretoria médica e diretoria administrativa. Entre colegas ficou evidente o fluxo horizontal com 58,9% que tem as respostas desejadas; 69,5% dos profissionais respondem as informações recebidas; 43,0% propõem ideias para melhorias do trabalho e 37,3% fazem sugestões diante das críticas, favorecendo o intercâmbio comunicacional.

Essa questão favorece o hospital, porque essa relação quando bem realizada, cria melhores condições de trabalho e pode otimizar o desempenho da organização. É importante destacar que no hospital foi identificado esse fluxo horizontal como o mecanismo que mais se adapta a sua estrutura e a sua dinâmica, facilitando na organização uma implementação adequada da gestão de processos.

Foram encontrados os fluxos verticais ascendentes e descendentes, porém no hospital estão sendo desenhados novos caminhos através do fluxo diagonal e nem sempre estes fluxos

segue o desenho do organograma proposto pela organização. Essa questão comprova a informalidade adotada pelos profissionais.

Podemos considerar que a comunicação informal nesse hospital funciona mesmo com algumas fragilidades ou barreiras da comunicação na percepção dos profissionais de saúde. Para muitos participantes, a conversa informal é apontada como barreira na comunicação, ou seja, o que favorece por um lado como o livre trânsito das mensagens e o esclarecimento pessoal de muitas informações é, por outro, visto como uma informalidade excessiva. Em observação *in loco* da autora deste estudo foi presenciado inúmeras vezes o esclarecimento verbal de algum prontuário que trazia a letra ilegível de algum médico, ou seja, a comunicação verbal solucionou um problema de comunicação escrita. Esse fato demanda estudos mais detalhados, que analisem os conteúdos dos fluxos e possam preencher essa lacuna.

No entanto, chama-se a atenção que a comunicação informal apresentada pelos profissionais de saúde no HGMF funciona e acontece contrariando a fundamentação.

Os resultados apontam ainda como barreiras que impedem a eficácia da comunicação, aspectos pessoais; administrativos; sobrecarga de trabalho e, informações incompletas e parciais. Com base em estudos, verifica-se que os aspectos pessoais constituem um grande problema na comunicação dentro do hospital, pois comunicação exige empatia; sensibilidade e códigos de linguagem para fluir.

Percebe-se ainda que existe uma fluência insatisfatória por parte de alguns setores. Foi apontado o setor de internação com uma aprovação dos profissionais de apenas 29,0%. Pela convivência da autora nesse hospital é possível elucidar que a questão diz respeito a solicitação de leito; transferência de pacientes; agendamento e confirmação de cirurgia; encaminhamento para exames e serviços; solicitação ou empréstimos e aquisição de materiais.

A comunicação, nesse processo, nem sempre tem uma resposta afirmativa; diante disso, os profissionais avaliam com respostas negativas o que diz respeito à fluência da comunicação nesses setores.

Foi detectado que não existe uma padronização na comunicação entre os subsistemas do hospital. A única padronização são os livros de registro de ocorrência encontrados em todos os setores e separados por especificidade. Essa falta de padronização é reconhecida como uma

das grandes causas do insucesso na comunicação entre profissionais de saúde e a organização, pois o critério utilizado atualmente na escolha dos canais depende da urgência da devolutiva.

Foram levantadas algumas limitações como o não compartilhamento da informação em todos os setores e a falta de *feedback* da diretoria, o que pode ser responsável por uma comunicação ineficiente. Relacionados ao *feedback* ou a resposta do hospital às demandas dos servidores, o resultado mostra-se insatisfatório, pois apenas 32,9% dos participantes percebem esse retorno visto que, nem sempre a organização dá retorno as sugestões e críticas apresentadas embora estas aconteçam, mais uma vez confirmando a timidez ou a falha no fluxo vertical ascendente e descendente. Ao indagar sobre o compartilhamento de mensagens por todos os setores obteve-se um percentual de apenas 31,7%.

Há outros aspectos que dificultam a comunicação, apontados pelos profissionais. Apenas 29,0% responderam de forma positiva a respeito de a organização propor vantagens e recompensas pela melhoria na comunicação. Apesar da grande importância que a comunicação assume no ambiente hospitalar, percebe-se que não há investimentos na eficiência e na integração dos processos.

Essa percepção dos profissionais evidencia a necessidade de o hospital repensar suas estratégias de investimentos em comunicação. A comunicação é responsável por difundir o bom entendimento de normas e procedimentos que compõem o processo hospitalar, possibilitando o compartilhamento de saberes em saúde e assumindo um caráter complementar e multidisciplinar no conjunto dos recursos humanos envolvidos no cuidado.

A ineficácia da comunicação pode repercutir na má qualidade da prestação de saúde e no tratamento do paciente, envolvendo por exemplo maiores gastos com a internação prolongada do paciente no hospital. Sendo assim, a melhoria da comunicação entre profissionais de saúde e seus superiores repercute efetivamente nas intervenções hospitalares.

Como foi proposto inicialmente, pretende-se definir os parâmetros para o plano de ações a ser aplicado nesse hospital, pois o planejamento da comunicação interna ou plano de ações para uma comunicação eficiente pode ser a solução para evitar possíveis falhas que venham a acontecer. Outra estratégia é utilizar material complementar que facilite a compreensão e promova a interatividade entre todos profissionais de saúde, uma vez que as conversas informais fluem bem, mas é necessário potencializar a integração e as relações interpessoais.

Um plano de ações para comunicação deve ter ações coordenadas que facilitem e assegurem a circulação da informação em todos os níveis e em todas as áreas dentro do hospital. A comunicação interna planejada e coordenada pode facilitar os processos administrativos, sendo capaz, inclusive, de otimizar os serviços prestados e oferecer uma assistência com mais qualidade, pois através da mesma há um espaço para o diálogo; estímulos e socialização de experiências.

Sendo assim, a proposta é que sejam mantidos todos os canais utilizados e sejam aprimorados os canais existentes de forma a potencializar os meios que estão funcionando. Sugere-se, também, parcerias com instituições de ensino que executam atividades de práticas no local, para implementação do plano de ações. Algumas ferramentas ou instrumentos a serem utilizados servirão para integrar e motivar os profissionais, otimizando os processos administrativos e a comunicação.

Do ponto de vista de estratégias de comunicação é possível, por exemplo, tanto fazer a articulação entre práticas simples, existentes, como estimular troca de informações entre serviços e setores como reuniões pessoais; reuniões setoriais; ações educativas com temas pertinentes de saúde de modo a contemplar todos os envolvidos; promover eventos comemorativos como confraternização de fim de ano; cartas e cartões aos colaboradores em datas comemorativas; parabenizando pelo aniversário ou por alguma ação desempenhada; e em outras datas, *e-mails com ações pontuais*; canais que reúnam direção e funcionários como “café junto com chefias e diretorias”; dentre outras.

Como foi constatado no hospital, o setor de nutrição apresenta uma fluência representativa na percepção de 78,4% dos profissionais. O caminho sugerido é que essas reuniões de interação entre diretorias, chefias e profissionais possam acontecer nesse ambiente, promovendo-se a integração e a interação dos envolvidos.

Dentro do hospital, existem diversos canais e ferramentas de comunicação, como as citadas nesta pesquisa, no entanto, o uso dessas táticas precisa acontecer de forma planejada, e, bem exploradas de forma que possam constituir os fatores determinantes para o sucesso da comunicação nesse hospital.

Portanto, para esse plano ser executado há necessidade de apoio dos gestores e a designação de um responsável que combine conhecimentos na área de comunicação com os relativos ao ambiente hospitalar e assuma as funções de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações.

Por essas e outras razões apresentadas ao longo do trabalho, percebe-se que a interface entre a comunicação e a saúde é um espaço importante a ser explorado. Existem poucos trabalhos que estudam a comunicação nas organizações de saúde, especificamente em hospital. Um processo de comunicação eficiente é capaz de melhorar os fluxos de informação dentro da instituição de saúde, de forma a despertar a sensação de pertencimento nos profissionais, motivando-os a realizarem um trabalho de qualidade em prol do cuidado do outro.

Desta forma, este estudo oferece tanto a pesquisadora deste trabalho como a outros interessados ao tema a oportunidade de aprofundar a pesquisa, uma vez que o assunto aqui discutido oferece outros caminhos que possam aprofundar ou mesmo elucidar fatos que envolvam a proposta nesta dissertação colocada.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, F. C. **Comunicação Organizacional e Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) em hospitais**: o caso do Sistema de Informações Gerenciais (SIG) da Rede InovarH/BA. 2012. Salvador. BA. Dissertação (Mestrado)- NPGA/UFBA. 2012. Disponível em: <<http://www.adm.ufba.br/pt-br/publicacao/comunicacao-organizacional-tecnologias-informacao-comunicacao-tics-hospitais-caso-sistema>> Acesso em: 13 abr. 2014.
- ANTUNES, M.J.M. O ensino de administração da assistência de enfermagem nas escolas públicas da região sudeste. **Rev. Paul. Enfermagem**, v.10, n. 2, p. 58-67, 1991.
- ARGENTI, A. P. **Comunicação empresarial**: a construção da identidade, imagem e reputação. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- BALDISSERA, R. **Comunicação organizacional**: o treinamento de recursos humanos como rito de passagem. São Leopoldo: Editora da Universidade Vale do Rio dos Sinos, 2009. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/AUM/index>>. Acesso em: 20 mar. 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, 1977.
- BAUER, R. **Gestão da mudança**: caos e complexidade nas organizações. São Paulo: Atlas, 2008.
- BELEI, R. A. et al. O uso de entrevista, observação e vídeo gravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de educação**, Pelotas, v. 30, jan. /jun. p. 187-199, 2008.
- BERLO, D. K. **O processo da comunicação humana**: introdução a teoria e à prática. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- BERNARDES, A. *et al.* Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 12, n. 4, p.861-870, jul. /ago. 2007. Disponível em: <http://www.biblioteca.ajes.edu.br/arquivos/monografia_20140521102736.pdf> Acesso em: 13 set. 2014.
- BERTALANFFY, L. V. **Teoria geral dos sistemas**: fundamentos, desenvolvimento e aplicações. Petrópolis: Vozes, 2008.
- BESSET, V. L. ; COUTINHO, L. G ; COHEN, R. H. P. Pesquisa-intervenção com adolescentes: contribuições da psicanálise. *In*: CASTRO, L. R de ; BESSET, V. L. (Org.). **Pesquisa-intervenção na infância e juventude**. NAU: Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2012/Educao_e_Arte/Trabalho/07_13_11_2083-7408-1-PB.pdf> Acesso em: 13 set. 2015.
- BORTOLI NETO, A.; TEIXEIRA, H. J. Métodos de estudo do trabalho administrativo. São Paulo. **Revista de Administração da USP**, v. 19, n. 2, p.53-58, abr./jun. 1984.

BOHLANDER, G.; SNELL, S.; SHERMAN, A. **Administração de recursos humanos**. São Paulo: Pioneira Thonsom Learning, 2005.

BRAGA, D. **Acidente de trabalho com material biológico em trabalhadores da equipe de enfermagem do centro de pesquisas Hospital Evandro Chagas** – um olhar da saúde do trabalhador. 75 f. 2000. Dissertação (Mestrado em Ciências). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. Disponível em: http://portaldesicic.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00001201&lng=pt&nrm=is o. Acesso em: 18 jun. 2014.

BRASIL. **PNHAH Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde. 2001. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/humanizassus>>. Acesso em: 15 maio 2014.

BUENO, W.C. **Comunicação empresarial: teoria e pesquisa**. São Paulo: Manole, 2003.

CANO, D.S; SAMPAIO I.T.A. O método de observação na psicologia: Considerações sobre a produção científica. **Interação em Psicologia**, São Paulo, v.11, p. 199-210, 2007.

CARDOSO, O.O. Comunicação empresarial versus comunicação organizacional: novos desafios teóricos. **RAP - Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.40, n.6, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n6/10.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2014.

CARNEIRO, E. Fatores Críticos para a gestão da comunicação. In: NASSAR, P. (Org.). **Comunicação empresarial: estratégia de organizações vencedoras**. São Paulo: ABERJE, 2006. p. 92-124. Disponível em: http://www.altec2013.org/programme_pdf/1015.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2015.

CARVALHO, M. C. *et al.* Valores e práticas de trabalho que caracterizam a cultura organizacional de um hospital público. **Texto contexto – enferm.** Florianópolis, v.22, n.3, jul. /sept. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300022>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

CASTRO, R.M. **Gestão Econômico-Financeira nos Hospitais Filantrópicos. Organização e Financiamento**. 2002. Dissertação. (Mestrado Profissional em Sistemas de Gestão)- Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2002. Disponível em: http://www.bdt.dndc.uff.br/tde_arquivos/14/TDE-2007-08-03T152943Z-989/Publico/Dissertacao%20RobertoMaximo.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2014.

CASTRO, M.A. **Comunicação interna e gestão de pessoas: interfaces e perspectivas de integração e diálogo nas organizações**. 2014. (Mestrado em Comunicação Social)- Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2014. Disponível em: <http://www.alice.cnptia.embrapa.br/alice/bitstream/doc/987260/1/MonicaCastroDissertacao.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2014.

CAVALCANTE, R. J. **Transparência do orçamento público brasileiro: exame dos documentos do orçamento Público da União e uma proposta para o orçamento-cidadão.** [Monografia para curso de especialização em orçamento público]- Instituto Serzedêllo Correa, Brasília, 2008. Disponível em:

<<http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2053806.PDF>>. Acesso em: 28 jun. 2014.

CECILIO, L.C. Modelo de Gestão para Mudar o Hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos. **Espaço para a Saúde, Revista do Núcleo de Estudos em Saúde coletiva (NESCO), UEL, UEM, UEPG**, Paraná, v. 1, n. 1, jun.2000. Disponível em:

<<http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/4852/722.pdf?sequence=2>> Acesso em: 4 abr. 2015.

COLLADO, Carlos Fernández (Org.). **La comunicacion en las organizaciones**. 2. ed. México: Trillas, 2003.

CONCEIÇÃO, Cristiano Sena da et al. Sistemas de Comunicação na Organização Hospitalar. **Revista Eletrônica de Sistemas de Informação**, v. 5, n. 3, 2006.

CURVELLO, J. J. A. Estudos de Comunicação Organizacional: entre a análise e a prescrição. **Revista Universa da Universidade Católica de Brasília**, v. 1, p. 23-43, 2002. Disponível em: <<http://page.ucb.br/BC/producao.detalhes?idp=322559>>. Acesso em: 28 jun. 2014.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed;Bookman, 2010.

DRAFT, R. **Organizações: teoria e projetos**. 2. ed. São Paulo: Cengage, 2008.

FERNANDES, A. **Um hospital particular no Brasil**. São Paulo: A. Fernandes,2002.

FERREIRA, Luciene Braz; TORRECILHA, Nara; MACHADO, Samara Haddad Simões. A técnica de observação em estudos de administração. Rio de Janeiro. ENCONTRO DA ANPAD., 36., Rio de Janeiro, 2012. **Anais...** 2012. Disponível em:

<www.anpad.org.br/admin/pdf/2012_EPQ482.pdf>. Acesso em: 22 maio 2015.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Trad. Sandra Netz. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FLORES, G; O. G. **Hacia una comunicación administrativa integral**. México: Editorial Trillas, 1997.

FORGIA, G.M.L. ; COUTTOLENC, B.F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

FORTES, W.G. **Relações públicas: processo, funções, tecnologia e assistência segura; uma reflexão teórica aplicada à prática estratégias**. 3. ed. São Paulo: Summus, 2003.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FUHRER, Maximilianus Claudio Américo ; FUHRER, Maximiliano Roberto Ernesto.

Resumo de direito constitucional. 11. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

GAMA, J. N. **Gestão da informação hospitalar:** estudo de caso de um hospital privado, de atuação geral e médio porte. 2009. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração, Salvador, 2009. Disponível em: <<http://www.adm.ufba.br/pt-br.>> Acesso em: 23 abr. 2014.

GAPSKI, M. L. O feedback eficaz: muito além da simples crítica, um ato de respeito e competência individual. **Revista FAE**, Curitiba, v. 3, n. 1, p.71-77, jan. /abr. 2000..

GRAMIGNA. M. R. **Modelo de competências e gestão de talentos.** São Paulo: Makron Books, 2002.

HAIR JR., J. F. et al. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração.** Porto Alegre: Bookman, 2005.

HALL, R. H. **Organizações:** estruturas e processos. Trad. De Wilma Ribeiro. 3. ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall, 1984.

HAMPTON, D. R. **Administração contemporânea:** teoria, prática e casos. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1992.

HERINGER, B.H.F. **A influência da comunicação organizacional no desempenho humano:** um estudo de caso da relação entre gerentes e colaboradores em uma empresa do setor de autopeças do Vale do Paraíba. 113 p. 2003. Dissertação (Mestrado)-Departamento de Ciências Econômicas, Administrativas e Secretário Executivo, Universidade de Taubaté, Taubaté: 2003. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/Semead/7semead/paginas/artigos%20recebidos/RH/RH14_-_Comunica%E7%E3o_organizacional_ferramenta_g.PDF>. Acesso em: 24 nov. 2014.

HGMF. **Cartilha de acolhimento do trabalhador.** Lauro de Freitas. Ba: Hospital Geral Menandro de Faria, 2013.

_____. **Resumo:** recursos humanos. Lauro de Freitas. Ba: Hospital Geral Menandro de Faria, 2014.

HÜBNER, Maria Marta de Oliveira. **Analisando a relação professor – aluno:** do planejamento à sala de aula. São Paulo: CLR Baliero, 1998. (Cadernos Brasileiros de Educação).

IYER, P. W. ; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. Processo e diagnóstico em enfermagem. In: PROCESSO e diagnóstico em enfermagem. São Paulo: Artes médicas, 1993.

KATZ, D. ; KAHN, R. L. **Psicologia social das organizações.** São Paulo: Atlas,1973.

KUNSCH, M. M. K. **Planejamento de relações públicas na comunicação integrada.** São Paulo: Summus, 1986.

_____. **Planejamento de relações públicas na comunicação integrada**. 4. ed. São Paulo: Summus, 2003.

_____. **Relações Públicas e modernidade: novos paradigmas na comunicação organizacional**. São Paulo: Summus Editorial, 1997.

_____. (Org.). **Obtendo resultados com relações públicas**. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.

_____. A produção científica em relações públicas e comunicação organizacional no Brasil: análises, tendências e perspectivas. **Comunicação e Sociedade**, São Bernardo do Campo, Pós Com-Unesp, v. 24, n.39, p. 93-125, 1sem. 2003b. Disponível em: <http://www.eca.usp.br/associa/alaic/revista/r8-9/ccientifica_02.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2014.

_____. **Os caminhos para construção e identidade de um campo teórico de comunicação organizacional no Brasil (2004-2007)**. Relatório técnico científico apresentado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). São Paulo: Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo, 2007. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9003/1/2011_RitadeC%C3%A1ssiadoValeCarib%C3%A9.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2014.

_____. **As interfaces das relações públicas e da comunicação organizacional no Brasil. Biblioteca virtual**. 2002. São Paulo. Disponível em: <<http://www.portal-rp.com.br/bibliotecavirtual/relacoespublicas/ideiasetendencias01/0074.htm>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

_____. A dimensão humana da comunicação organizacional. In: KUNSCH, Maria Margarida Kroling (Org.). **A comunicação como fator de humanização das organizações**. 1. ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2009.

_____. **Comunicação organizacional: histórico, fundamentos e processos**. São Paulo: Saraiva, 2009. v.1.

_____. **Comunicação empresarial**. Campinas: Alínea, 2006.

_____. (Org.) . As dimensões humana, instrumental e estratégica da comunicação organizacional: recorte de um estudo aplicado ao segmento corporativo. **Revista Brasileira de Ciências de Comunicação**, São Paulo: Intercom, 2012.

LACOMBE, F. **Recursos humanos: princípios e tendências**. São Paulo: Saraiva, 2005.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamento de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2001.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Sociologia da administração**. São Paulo: Atlas, 1997.

LAMOGLIA, L. B. **A construção da sustentabilidade nas organizações pela via da teoria da complexidade**. 2008. Dissertação (Mestrado em organizações e complexidade)- Centro Universitário FAE, Curitiba, 2008.

LEMOS, V. M. F.; ROCHA, M. H. P. A gestão das organizações hospitalares e suas complexidades. In.: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 7., 2011, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: FIRJAN, 2011.

LIMA, S.B.S. **A gestão da qualidade na assistência de enfermagem: significação das ações no olhar da acreditação hospitalar no pronto socorro**. 283f. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade do Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0645.pdf>. Acesso em: 20 maio 2014.

MALAGON-LODONO, G. Introdução. In: MALAGON-LODONO, G.; MORERA, R.G.; LAVERDE, G.P. **Administração hospitalar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

MARINHO, A. **Evidências e modelos sobre a coexistência de hospitais com fins lucrativos e hospitais sem fins lucrativos no Sistema Único de Saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4239>. Acesso em: 20 maio 2014.

MARINHO, Alexandre; MORENO, Arlinda Barbosa; CAVALINI, Luciana Trica. Avaliação descritiva da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS). Rio de Janeiro: IPEA, 2010. In: INTERCOM, 2010, Anhanguera, São Paulo. **Anais...** Anhanguera, São Paulo: Centro Universitário Anhanguera de São Paulo, 2010. Texto para discussão nº 848. Comunicação empresarial: o processo comunicativo e as barreiras à comunicação eficaz. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2006/resumos/R0096-1.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

MARINHO, F.S. **O espaço da organização hospitalar: estudo do comportamento do consumidor dos serviços de saúde prestados por hospitais privados**. 2005. Dissertação (Mestrado)- Universidade Salvador – UNIFACS, Salvador, 2005.

MARINHO, Sandra. Comunicação informal nas organizações: um estudo de caso em I&D. In: ALAIC - CONGRESSO LATINOAMERICANO DE INVESTIGADORES DE LA COMUNICACIÓN, 7., 2004, La Plata - Buenos Aires (Argentina). **Anais...** 2004, Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/2728>. Acesso em: 12 jun. 2014.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**: edição compacta. São Paulo: Atlas, 1996.

MATIAS, M. SUS ontem e hoje: perdemos a luta por um sistema de saúde universal. In: FÓRUM NACIONAL DE PÓS-GRADUANDOS EM SAÚDE, 2015, Rio de Janeiro. **Anais...** 2015. Disponível em: <http://cartamaior.com.br/?/Editoria/Politica/SUS-ontem-e-hoje-Perdemos-a-luta-por-um-sistema-de-saude-universal-/4/33094>. Acesso em: 16 de abril de 2015.

MATTELART, A. **História da sociedade da informação**. São Paulo: Loyola, 2006.

MENDES, V. L. P. S. **Gerenciando qualidade em serviços de saúde**. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1994.

MICHEL, Margareth de Oliveira. A comunicação organizacional e as organizações na área de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 31., 2008, Natal, RN. **Anais...** 2008. Disponível em: <http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2008/lista_area_NP-RP.htm>. Acesso em: 9 jun. 2014.

MOREIRA, C. M. M. et al. **Habilidades gerenciais**. Rio de Janeiro: SENAC Nacional, 1997, 112 p.

MOSCOVIVI, Fela. **Desenvolvimento interpessoal**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora S.A, 1985.

MUMBY, Dennis K. Organizational Communication. In: RITZER, George (Ed.). **Encyclopedia of sociology**. New York: Blackwell Publishing, 2007. Disponível em: <http://philosophy.com/UPLOADS/_PHILOSOCIOLOGY.ir_Blackwell%20Encyclopedia%20of%20Sociology_George%20Ritzer.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2015.

MYERS, Michele Tolela; MYERS, Gail E. **Managing by communication: an organizational approach**. [S.l.]: McGraw-Hill College, 1982. Disponível em: <<http://www.au.af.mil/AU/AWC/AWCGATE/doe/benchmark/ch13.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2015.

NASSAR, M. R. F. Comunicação: políticas e estratégias para área da saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 27. 2004. Porto Alegre. **Anais...** São Paulo: Intercom, 2004. 1 CD-ROM.

NASSAR, M. R. F. Princípios de comunicação excelente para o bom relacionamento médico – paciente. Belo Horizonte. In: INTERCOM, Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. XXVI. Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. **Anais**, BH/MG – 2 a 6 Set 2003. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/semead/15semead/resultado/trabalhosPDF/893.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2014.

NASSAR, M.R.F. O Papel da Comunicação nas Organizações de Saúde: oportunidades e desafios. Brasília. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO – UNB – 6 A 9 DE SETEMBRO DE 2006 - INTERCOM – SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES DA COMUNICAÇÃO, 29., 2006. **Anais...** 2006. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2006/resumos/R0096-1.pdf>>. Acesso em: 24 jan.2014.

OGUISSO, T. et al. Registros noticiosos sobre a escola profissional de enfermeiros e enfermeiras na revista "O Brasil-Médico". São Paulo, 1890-1922. **Rev. Esc. enferm. USP**,

v.36, n.4, p.402-407, dez. 2002. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000400015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 maio 2015.

OLIVEIRA, I.L.; PAULA, M.A. Desafios de comunicação interna: interferências da contemporaneidade. In: CHARBELLY ESTRELLA; Ricardo Benevides; FREITAS, Ricardo (Org.). **Por dentro da comunicação interna: tendências, reflexões e ferramentas**. Curitiba: Champagnat, 2009.

OLIVEIRA et al. A influência da comunicação interna no alcance dos resultados organizacional: um estudo em uma empresa prestadora de serviços de saúde na cidade de Belém-PA:SEGET. Gestão e Tecnologia para a competitividade. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 2013. **Anais...** 2013.

PERUZZOLO A. C. **A comunicação como encontro**. Bauru: EDUSC; 2006.

PEREIRA, E.L.I. **Comunicação interna excelente: perfil e papel do gestor do processo comunicativo nas organizações**. 2003. Dissertação (Mestrado em Comunicação-ciências da comunicação)- Escola de Comunicação e Artes, Universidade de São Paulo, 2003.

PIMENTA, M.A. Comunicação empresarial: conceitos e técnicas para administradores. Campinas: Editora Alínea, 2002.

POZO LITE, M. D. **Cultura empresarial y comunicacional interna: sua influência em La gestion estratégica**. Madrid: Fragua, 1997.

REICHER, R.; Fonseca V.S. Comprometimento organizacional e comunicação interna como ferramenta estratégica: um estudo de caso. In: ENCONTRO DA ANPAD, 36., 2012, Rio de Janeiro. **Anais...** 2012. Disponível em :
 <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2012_EOR2194.pdf>. Acesso em: 24 out. 2014.

RIBEIRO, H.P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional**. Trad. Reynaldo C. Marcondes. 11. ed. São Paulo: Pearson Prentice Haal, 2005.

_____. **Comportamento organizacional**. Trad. Reynaldo C. Marcondes. 9. ed. São Paulo: Pearson Prentice Haal, 2002.

RODRIGUES FILHO, J. Método de pagamento hospitalar no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n.24, ago.-out. 1990. Disponível em:
http://www.excelenciaemgestao.org/portals/2/documents/cneg7/anais/t11_0417_1492.pdf. Acesso em: 11 mar. 2014.

ROSENBLATT, C. L. ; DAVIS, M.S. Effective communication techniques for nurse managers. **Nurs Manage**, v.40, n.6, p.52-4, 2009.

SANTOS, E. R. M. **Comunicação na pequena, média e grande empresa**. Rio de Janeiro: Tecnoprint, 1997.

SANTOS, L. M.L.; SPAULONCI, B.C.S.; OLIVEIRA, C.M. Teoria da Complexidade e as múltiplas abordagens para compreender a realidade social. **Serv. Soc. Rev.** Londrina, Londrina, v. 14, n.2, p. 47-72, jan./jun. 2012. Disponível em: http://revistapensar.com.br/administracao/pasta_upload/artigos/a92.pdf
Acesso em: 20 de maio de 2014.

SATO, Leny. Pesquisar e intervir: encontrando o caminho do meio. In: CASTRO, L. R de ; BESSET, V. L. (Org.). Pesquisa-intervenção na infância e juventude. NAU: Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2012/Educacao_e_Arte/Trabalho/07_13_11_2083-7408-1-PB.pdf. Acesso em: 13 set. 2015.

SCROFERNEKER, C.M.A. Trajetórias teóricas-conceituais da comunicação organizacionais. **Revista FAMECOS**, n 31, dez. 2006. Disponível em: <http://revistaorganicom.org.br/sistema/index.php/organicom/article/viewFile/222/322>. Acesso em: 30 jun. 2014.

SENHORAS, E. M. A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. Rio de Janeiro. RECIIS, R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde., v.1, n.1, p.45-55, jan.-jun, 2007. Disponível em: http://www.academia.edu/1596065/A_cultura_na_organiza%C3%A7%C3%A3o_hospitalar_e_as_pol%C3%ADticas_culturais_de_coordena%C3%A7%C3%A3o_de_comunica%C3%A7%C3%A3o_e_aprendizagem. Acesso em: 30 de maio de 2014.

SILVA, N. T. da. **Clima organizacional**: uma proposta dos fatores a serem utilizados para avaliação do clima de uma instituição de ensino superior. 2003. Dissertação (Mestrado Engenharia de Produção)-UFSC, Florianópolis, 2003.

SILVEIRA, N.C. **Aplicação dos indicadores ethos de responsabilidade social empresarial**: estudo de caso com uma empresa da economia de comunhão. 2008. Dissertação (Mestrado em Administração)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

SILVEIRA, M. L. Políticas de comunicação interna com fluxo na administração de recursos humanos na organização. In: BUENO, W.C. **Comunicaçãoe Empresarial**: planejamento e gestão. São Paulo: All Print, 2011.

SOARES, Ana Thereza Nogueira; MONTEIRO, Luísa da Silva. O contexto das organizações: uma leitura sobre suas configurações e seus processos comunicacionais. In: OLIVEIRA, Ivone de Lourdes; LIMA Fábria Pereira (Org.). **Propostas conceituais para a comunicação no conceito organizacional**. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2012.

SPECTOR, .P E. **Psicologia das organizações**. São Paulo: Saraiva, 2004.

TAVARES, R. S. A.; FRANÇA, A. C. L. Comprometimento organizacional e comunicação interna: um estudo desenvolvido na empresa de telecomunicação em Cabo Verde. In:

ENCONTRO DA ANPAD, 23., 2005, São Paulo. **Anais...** São Paulo: ANPAD, 2005.
<http://www.ead.fea.usp.br/semead/12semead/resultado/trabalhosPDF/550.pdf>
Acesso em: 15 de junho de 2015.

TAVARES, M. **Comunicação empresarial e planos de comunicação**: integrando teoria e prática. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

THAYER, L. **Comunicação**: fundamentos e sistemas na organização, na administração, nas relações interpessoais. São Paulo: Atlas S.A, 1976.

TEIXEIRA, W.S. **Comunicação para a área da saúde**: transformando o cliente em paciente. Trabalho de conclusão de curso. Juiz de Fora: UFJF, 2007.

TORQUATO, G. **Comunicação empresarial, comunicação institucional**: conceitos, estratégias, sistemas, estrutura, planejamento e técnicas. São Paulo: Summus, 1986.

_____. **Tratado de comunicação organizacional e política**. São Paulo: Thomson, 2002, 303 p.

_____. Da gênese do jornalismo empresarial e das relações públicas à comunicação organizacional no Brasil. In: KUNSCH, Margarida M. Rowling (Org.). **Comunicação organizacional**: histórico, fundamentos e processos. São Paulo: Saraiva, 2009. p.7-28. v.1.

URIBE, P.A.N.; ZULUAGA, U. H.S. **Comunicacional empresarial**: uma mirada corporativa. Medellín, Colômbia: Coleciona Hermes, 2003. Disponível em:
<http://www.abrapcorp.org.br/anais2007/trabalhos/gt2/gt2_montoya.pdf>.
Acesso em: 06 de agosto de 2014.

VENTURA, M.M. **O estudo de caso como modalidade de pesquisa**. Rio de Janeiro. **Rev SOCERJ**, v.20, n.5, p.383-386, 2007.. Disponível em:
http://unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa.pdf. Acesso em: 04 de julho de 2014.

VERGARA, S. C. **Gestão de pessoas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

VERGARA, S.C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

WATZLAWICK, P. ; BEAVIN, J. H. ; JACKSON, D. **Pragmática da comunicação humana**. São Paulo: Cultrix, 1967; 253 p.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e método. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE PESQUISA

| 1 AVALIE AS FRASES, MARCANDO SIM SE CONCORDA E NÃO SE DISCORDA: | SIM | NÃO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| 1 De maneira geral, as mensagens que recebo no hospital são bem claras. | | |
| 2 As mensagens que recebo chegam a tempo. | | |
| 3 As mensagens são compartilhadas com todos os membros do hospital. | | |
| 4 A informação da diretoria do hospital chega a todos os setores. | | |
| 5 Os objetivos do hospital são definidos e compartilhados com os empregados. | | |
| 6 As mensagens que transmito são apropriadas ao local. | | |
| 7 As mensagens que recebo privilegiam a ética, a transparência e o respeito. | | |
| 8 Acredito que a conversa entre enfermeiros e acompanhantes atrapalha o fluxo da comunicação no hospital. | | |
| 9 Acredito que as mensagens transmitidas pelos médicos nem sempre são claras. | | |
| 10 Os membros de minha equipe se dispersam em conversas paralelas durante os procedimentos. | | |
| 11 Eu observo muita dispersão nas conversas de alguns membros do hospital. | | |
| 12 Os funcionários do Hospital nem sempre falam no tom de voz adequado ao ambiente. | | |
| 13 Eu não consigo escutar algumas informações devido ao ruído de alguns equipamentos. | | |
| 14 Eu, mesmo não entendendo uma comunicação, não me preocupo de solicitar uma nova informação a respeito. | | |
| 15 Observo que o celular e <i>ipad</i> dificultam o entendimento das comunicações. | | |
| 16 Acredito que neste hospital utilizam muito o “telefone sem fio” e que isto atrapalha a comunicação. | | |
| 17 A burocracia do hospital facilita a comunicação. | | |

| 2 RESPONDA SOBRE O FLUXO DE COMUNICAÇÃO NO SEU HOSPITAL MARCANDO SIM OU NÃO. | SIM | NÃO |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| 1 A compreensão da especificidade de cada setor facilita a comunicação. | | |
| 2 Eu obtenho as respostas desejadas dos meus colegas. | | |
| 3 Eu recebo bem o <i>feedback</i> do meu chefe. | | |
| 4 O Hospital escuta minhas demandas quando necessário. | | |
| 5 Eu respondo sempre às informações recebidas. | | |
| 6 Eu proponho ideias para a melhoria do nosso trabalho. | | |
| 7 Eu argumento ou faço sugestões diante das críticas. | | |
| 8 Minha instituição escuta as minhas sugestões e críticas. | | |
| 9 Eu me considero uma pessoa receptiva a críticas de todos à minha volta. | | |
| 10 Eu acredito que o nosso sucesso depende do intercâmbio comunicacional no hospital. | | |
| 11 O hospital propõe vantagens e recompensas pela melhoria na comunicação. | | |
| 12 Acredito que a comunicação com os mais experientes flui melhor. | | |
| 13 Eu acredito que o tempo de atuação neste setor facilita a comunicação. | | |

| 3 NESTE SETOR ABAIXO A COMUNICAÇÃO QUE VOCÊ ESTABELECE FLUI SATISFATORIAMENTE? | SIM | NÃO |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| 1 Almoxarifado | | |
| 2 Farmácia | | |
| 3 Manutenção | | |
| 4 Setor de Compras | | |
| 5 Setor de Fisioterapia | | |
| 6 Nutrição | | |
| 7 Serviço Social | | |
| 8 Bio Imagem | | |
| 9 Laboratório de Análise | | |
| 10 Setor Pessoal | | |
| 11 Diretoria de Enfermagem | | |
| 12 UTI | | |
| 13 Unidade de Internação | | |
| 14 Unidade de Neonatologia | | |
| 15 Bloco Cirúrgico | | |
| 16 Emergência | | |
| 17 Higienização e Rouparia | | |
| 18 Maqueiro | | |

| 4 EU UTILIZO MUITO ESTE CANAL DE COMUNICAÇÃO AQUI NO HOSPITAL? | SIM | NÃO |
|-----------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| | | |
| 1 Telefone | | |
| 2 Conversas formais | | |
| 3 Comunicação boca a boca | | |
| 4 Memorandos | | |
| 5 Circulares | | |
| 6 Escalas | | |
| 7 Quadro de aviso | | |
| 8 Rádio | | |
| 9 Relatórios | | |
| 10 Reuniões pessoais | | |
| 11 Visita da diretoria | | |
| 12 Reuniões setoriais | | |
| 13 Educação permanente | | |
| 14 Reuniões com minha liderança | | |
| 15 E-mails | | |
| 16 Mensagens através de <i>whatsapp</i> | | |
| | | |

| 5 A INFORMAÇÃO QUE EU RECEBO NESTE SETOR É EFICAZ (EFICIENTE)? | SIM | NÃO |
|-----------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| 1 Diretoria | | |
| 2 UTI | | |
| 3 Unidade de Neonatologia | | |
| 4 Unidade de Internação | | |
| 5 Bloco Cirúrgico | | |
| 6 Emergência | | |
| 7 Higienização e Rouparia | | |
| 8 Almojarifado | | |
| 9 Manutenção | | |
| 10 Setor de Compras | | |
| 11 Unidade de Fisioterapia | | |
| 12 Nutrição | | |
| 13 Serviço Social | | |
| 14 Bio Imagem | | |
| 15 Laboratório e Análises | | |
| 16 Setor Pessoal | | |
| 17 Farmácia | | |
| 18 Maqueiro | | |

| 6 DE UMA MANEIRA GERAL DOS ITENS ABAIXO ASSINALE O QUE FACILITA A E O DIFICULTA SUA COMUNICAÇÃO NOS SETORES DESTE HOSPITAL? | FACILITA | DIFICULTA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| 1 Articulação entre colegas. | | |
| 2 Integração dos setores. | | |
| 3 Relação com seu chefe. | | |
| 4 A maneira de encarar os problemas. | | |
| 5 Postura profissional. | | |
| 6 Uso da comunicação formal (quadro de avisos, e-mails, reuniões). | | |
| 7 Uso da comunicação informal (rádio corredor). | | |
| 8 Centralização da informação. | | |
| 9 Uso dos canais de informação. | | |
| 10 Estrutura física do hospital. | | |
| 11 Velocidade no fluxo das informações. | | |
| 12 Sobrecarga de trabalho. | | |

Qual sua formação profissional? () Médico () Enfermeiro () Fisioterapeuta () Farmacêutico

() Nutricionista () Técnico de Enfermagem () Acadêmico de Enfermagem () Bioquímico

() Técnico Administrativo () Residentes Medicina

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A COMUNICAÇÃO EM UM HOSPITAL PÚBLICO EM LAURO DE FREITAS-BA.

Estamos realizando uma pesquisa com o objetivo de analisar as percepções dos enfermeiros sobre a comunicação no Hospital Geral Menandro de Faria e entender como se estabelece o processo de comunicação entre os setores com toda a equipe de saúde envolvida.

Trata-se de uma pesquisa de cunho acadêmico que faz parte de uma Dissertação que tem por finalidade a obtenção do título de mestre em Administração Estratégica pela Unifacs, sob a orientação da professora Dra. Vanessa Brasil Campos Rodríguez. Este é um tema relevante porque acredita-se -se que seja premente o aprofundamento dos estudos de Comunicação e saúde em variados contextos e por meio de métodos distintos.

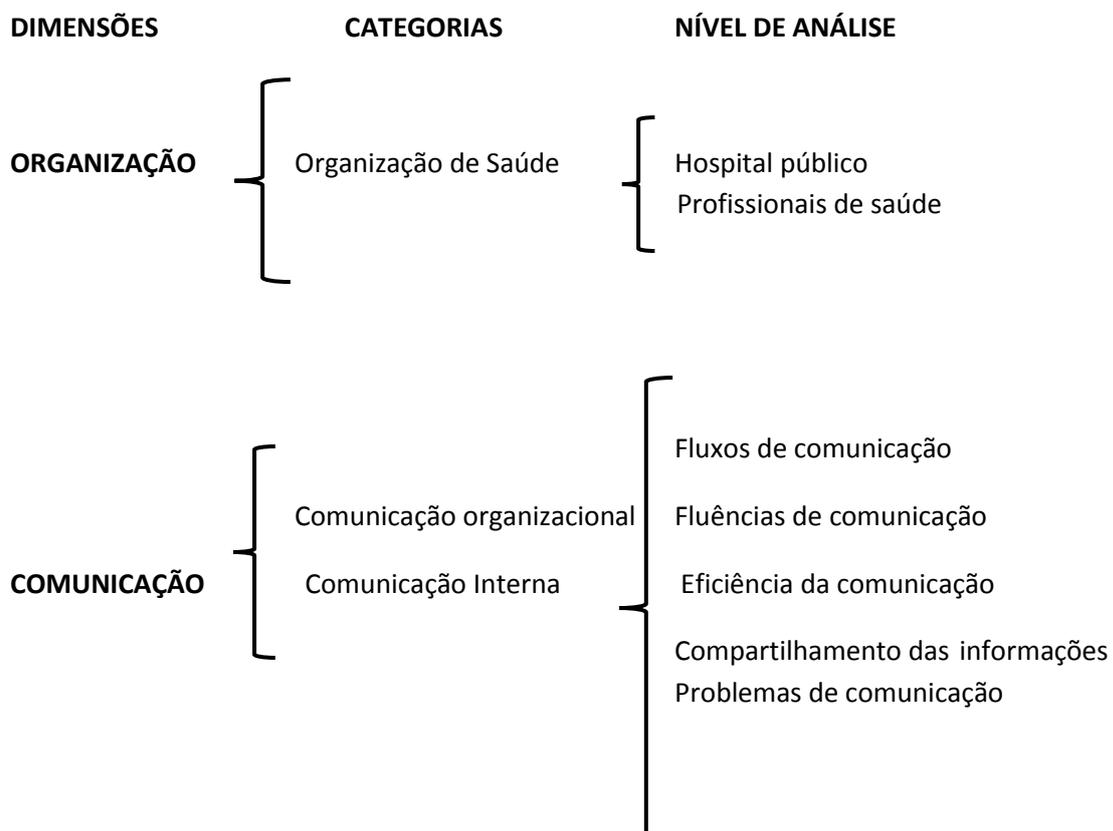
Destaca-se o contexto hospitalar e, de modo que os profissionais de saúde tenham referências teórico-metodológicas que embasem suas práticas clínicas para novas possibilidades de atenção e qualidade no atendimento, tanto com a equipe de trabalho, sua organização como no atendimento do paciente.

Considerando a importância da comunicação no âmbito da dinâmica das organizações hospitalares e na prestação de saúde e ainda sua relevância estratégica nas metas de humanização ao atendimento, agradecemos a sua contribuição e informamos que o sigilo das respostas será preservado, sendo que não será cobrado em nenhum momento o nome dos participantes.

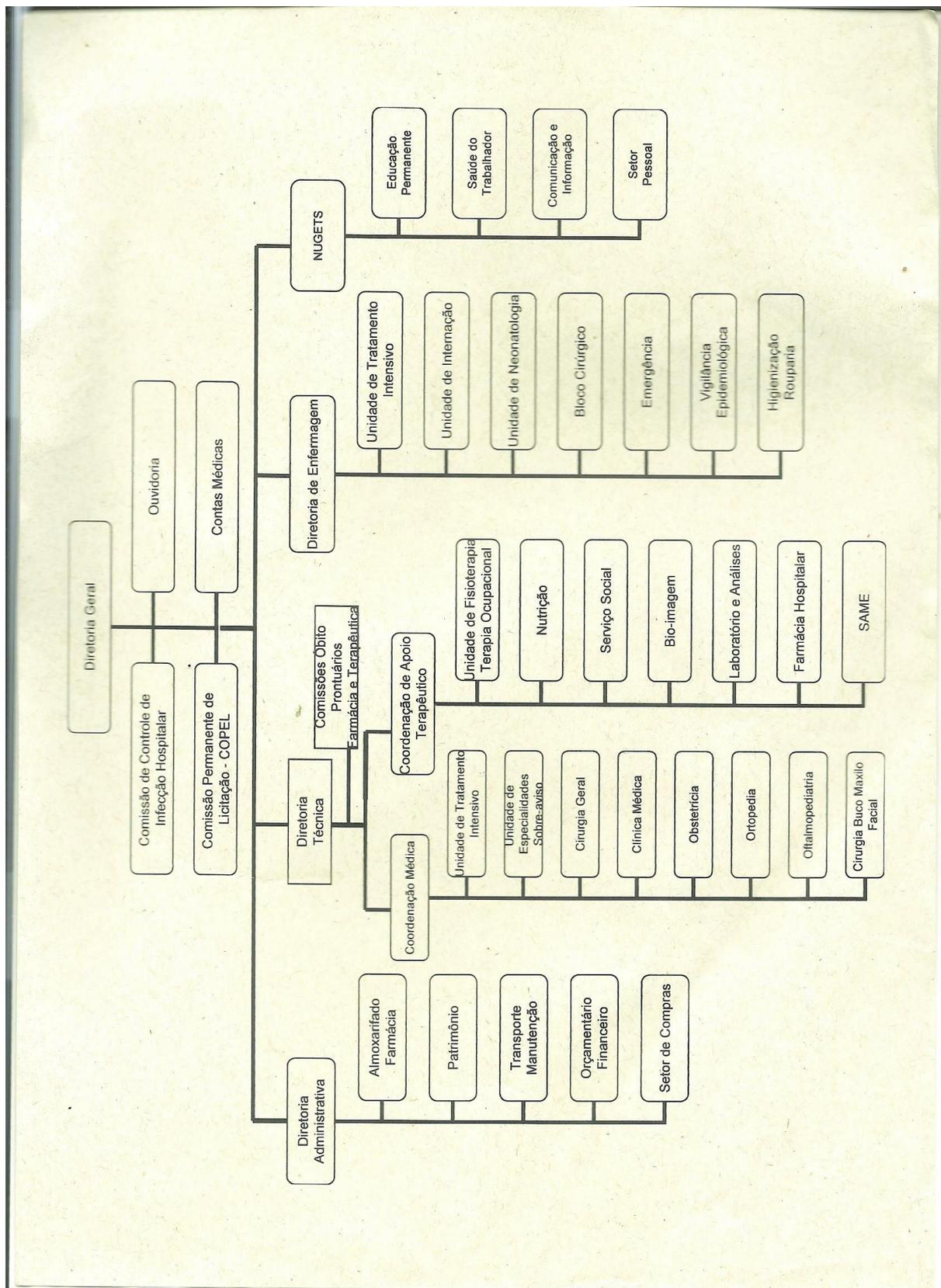
O instrumento consta de seis blocos de perguntas fechadas em que o participante terá duas opções de respostas concordando ou discordando. A autora estará acompanhando caso queira fazer alguma pergunta.

Agradeço antecipadamente;

Geovana Andréa Moreira Geovanamoreira4@hotmail.com

APÊNDICE C - MODELO DE ANÁLISE**MODELO DE ANÁLISE**

ANEXO A - ORGANOGRAMA DO HGMEF



ANEXO B - PARECER SOBRE PROJETO DE PESQUISA**PARECER SOBRE PROJETO DE PESQUISA**

Pesquisador: Geovana Andréa Moreira
Título da Pesquisa: COMUNICAÇÃO E LIDERANÇA EM ENFERMAGEM
Instituição Proponente: Universidade Salvador
Número do Parecer: 05/2014
Data da Relatoria: 31/03/2014
DADOS DO PARECER:

Objetivo Principal: Analisar as percepções dos enfermeiros no processo de comunicação na gerência de enfermagem de um hospital público e entender como se estabelece o processo de comunicação entre as unidades geridas por enfermeiras e entre elas e os setores administrativos com os quais se relacionam.

Objetivos Específicos:

1. Identificar quais as estratégias, canais, conteúdos, instrumentos utilizados na comunicação intersetorial pelos enfermeiros líderes;
2. Compreender o processo e os fluxos da comunicação da organização estudada;
3. Discutir sobre a importância da comunicação na liderança em Enfermagem;
4. Destacar a influência da comunicação na liderança da equipe de enfermagem;
5. Levantar os aspectos que dificultam e facilitam a comunicação;
6. Avaliar o comprometimento da comunicação entre a equipe de enfermagem na organização hospitalar.

Justificativa:

A Comunicação, enquanto campo de pesquisa e de estudo científico, é relativamente recente e, encontra-se várias tentativas de redefinições ou reposicionamentos conceituais no intuito de construir uma ou mais imagens comuns que expressem um conceito (DUARTE, 2003). Somado a isso, outro campo da Comunicação que ainda encontra-se em formação é a Comunicação em Saúde. Poucos são os pesquisadores que se dedicam a essa área tão rica. Apesar da importância da comunicação na enfermagem ser discutida exaustivamente, a competência interpessoal nas interações enfermeiro-paciente / enfermeiro-equipe ainda deixa a desejar (Stefanelli, Carvalho e Arantes, 2005). Entretanto, a comunicação nem sempre é bem sucedida na gerência de enfermagem o que justifica o objeto de estudo neste trabalho. Acredita-se que seja premente o aprofundamento dos estudos sobre Liderança e Comunicação em variados contextos e por meio de métodos distintos, de modo que os



enfermeiros tenham referências teórico-metodológicas que embasem suas práticas gerenciais para novas possibilidades de atuação junto à equipe de trabalho e sua organização.

Metodologia:

Desenho do estudo: Estudo descritivo, de natureza qualitativa.

População do estudo: gerentes e enfermeiros líderes de setores lotados no hospital Menandro de Faria.

Locus do Estudo: Hospital Menandro de Faria

Instrumento de coleta de dados: Entrevista semi-estruturada baseada em um roteiro guia a ser aplicado conforme escala de serviço.

Questões éticas: Apresenta Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e baseado na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Crítérios de inclusão e exclusão estão claros.

Proposta de Análise: Análise por variáveis baseada na fenomenologia mediante o

Comentários:

O cronograma deverá ser reajustado;

Não há informação sobre riscos e sobre benefícios dessa pesquisa para os respondentes.

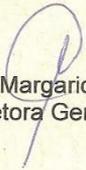
Conclusão: A pesquisa é factível para ser realizada nas dependências do Hospital obedecendo a rotina e os aspectos éticos da pesquisa.

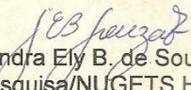
Recomendações:

A pesquisa só pode ser iniciada após aprovação no Comitê de ética em Pesquisa (CEP);

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, o pesquisador deverá retornar ao hospital para entregar uma cópia do parecer do CEP e confeccionar seu crachá de acesso ao hospital para coleta de dados.

Lauro de Freitas, 20 de agosto de 2014


Drª Margarida Miranda
Diretora Geral do HGMF


Msc. Sandra Ely B. de Souza
Ensino e Pesquisa/NUGETS HGMF