



UNIFACS
UNIVERSIDADE SALVADOR
LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES®

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

LUCIMARA ALVES SILVA

**A GESTÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE EM
ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES**

Salvador
2011

LUCIMARA ALVES SILVA

**A GESTÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE EM
ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração, Universidade Salvador, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Administração. Linha de pesquisa: Gestão em Organizações.

Orientador: Prof. Dr. Jair Nascimento Santos

Salvador
2011

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da Universidade Salvador - UNIFACS

Silva, Lucimara Alves.

A gestão da equipe multidisciplinar de saúde em organizações hospitalares / Lucimara Alves Silva. – 2011.

126 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Jair Nascimento Santos.

Dissertação (mestrado em Administração) – Universidade Salvador – UNIFACS.

1. Hospitais - Administração. 2. Trabalho em equipe. 3. Equipe de assistência ao paciente. I. Santos, Jair Nascimento. II. Título.

CDD: 362.11068

LUCIMARA ALVES SILVA

**A GESTÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE EM ORGANIZAÇÕES
HOSPITALARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração, Universidade Salvador, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Administração. Linha de pesquisa: Gestão em Organizações.

Salvador, 06 de julho de 2011.

Banca Examinadora

Diva Ester Okazaki Rowe _____
Doutora em Administração pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Universidade Federal da Bahia

Éder Paschoal Pinto _____
Doutor em Administração de Empresas pela Fundação Getulio Vargas - SP
Universidade Salvador (UNIFACS)

Jair Nascimento Santos – Orientador _____
Doutor em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
Universidade Salvador (UNIFACS)

A Giano, meu filho, que com sua admiração, companheirismo, sabedoria e amor incondicional, sempre esteve ao meu lado, e juntos vamos aprendendo e ensinando um ao outro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de retornar à academia, e também pela saúde e determinação.

Aos meus pais, que, por entender o significado desse momento na minha vida profissional, me ajudaram a torná-lo possível e de modo muito especial. Ao meu pai, que, ao longo dessa caminhada, partiu para outra dimensão antes de ver chegar o fim desse trecho na minha vida.

A Manoel, que, sempre com muita paciência e carinho, soube compreender a minha ausência acreditando sempre em meu potencial.

A Antonio, que conheci como colega de mestrado e tornamo-nos amigos, obrigada pela sua amizade e companheirismo. Aos demais colegas como Adriana, José Raimundo e tantos outros, com quem nos unimos em vários momentos, ao longo do curso.

A Neura que foi responsável por eu encontrar o meu espaço e ingressar no mestrado.

A Marizete, que, de maneira tão companheira, me acolheu num momento difícil, sempre com uma frase leve e carinhosa me ajudou a estudar e encontrar caminhos para a minha pesquisa.

A todos os meus familiares e amigos que me ajudaram, torceram e acreditaram em mim e que, de alguma maneira, entenderam a minha ausência em tantos momentos importantes.

Ao meu orientador, professor Jair, que, em alguns instantes tão delicados, me ouviu e acreditou em mim, além de ter contribuído para a realização deste trabalho. Aos integrantes do Núcleo de Estudos Organizacionais e Tecnologia de Gestão (NEOTEG), Cristiano, Gláucia, Juliana e Jucileide pelas contribuições e apoio.

Aos colegas de trabalho que me incentivaram e colaboraram nesta etapa.

A todos que, de alguma forma, mas todas muito especiais, estiveram torcendo e acreditando em mim.

O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada.
Caminhando e semeando, no fim terás o que colher.

Cora Coralina

RESUMO

Buscando evidenciar uma correlação entre gestão da equipe multidisciplinar e assistência à saúde em organizações hospitalares, este estudo torna-se importante num momento em que se caminha para novas concepções deste trabalho visando, cada vez mais, uma atenção integral às necessidades de saúde, principalmente quando este se tornou um dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), sistema de saúde de iniciativa pública do Brasil. Nesse sentido foi investigado: Como se desenvolvem o trabalho e a gestão da equipe multidisciplinar de saúde em organizações hospitalares? Para tanto, desenvolveu-se uma pesquisa que teve como objetivo geral evidenciar a correlação entre gestão da equipe multidisciplinar e assistência à saúde. O referencial teórico utilizado ateu-se aos seguintes conteúdos: organizações hospitalares, trabalho em equipe, peculiaridades das atividades em saúde, trabalho em equipe na saúde e equipes multidisciplinares de saúde. O estudo foi desenvolvido com profissionais de equipes multidisciplinares de saúde de nível superior de dois hospitais: um privado e outro filantrópico, na cidade de Salvador, no Estado da Bahia – Brasil, sendo sete de uma unidade de Clínica Médica Cirúrgica, e seis de uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) geral de adulto. A metodologia utilizada foi a abordagem qualitativa de caráter exploratório e descritivo. Para a coleta de dados, adotou-se a entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados mediante a técnica de análise de conteúdo temática. Foram seguidos todos os preceitos éticos que regem a Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde do Brasil; assim, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Acadêmica da Universidade Salvador, por meio do Protocolo nº 04.11.21. Das entrevistas emergiram cinco categorias de análise das respostas da equipe multidisciplinar, e quatro categorias de análise das respostas dos gestores. Os resultados apontaram que as equipes se diferenciam quanto à sua composição, mas algumas especialidades são comuns; tanto gestores como trabalhadores têm entendimento sobre o trabalho em equipe multidisciplinar de saúde e sua importância, que existem vantagens e dificuldades para o seu desenvolvimento e que a comunicação fluente e interação são elementos importantes para as organizações hospitalares e para o desenvolvimento do trabalho nessa modalidade. Conclui-se que nas organizações onde se desenvolveu a pesquisa existe, de maneira geral, o reconhecimento do trabalho e a importância da equipe multidisciplinar em um ambiente organizacional favorável. A comunicação e interação da equipe foram consideradas satisfatórias. Ao analisar o cotidiano, algumas práticas se apresentaram contraditórias às concepções de gestores e membros da equipe. Constatou-se que a equipe se integra e se comunica com fluência no momento que prestam atendimento ao paciente, entretanto ocorre uma quebra dessa fluência de comunicação e integração sob o aspecto multidisciplinar do planejamento e da continuidade da assistência ao paciente.

Palavras-chave: Organizações hospitalares. Trabalho em equipe. Equipe multidisciplinar de saúde.

ABSTRACT

This study attempts to show a correlation between multidisciplinary team management and health care assistance in hospital organizations. Its relevance resides in the fact that this study is moving toward new conceptions that meet contemporary health care challenges. Besides that, it lines up with the decision of Sistema Único de Saúde (SUS) - Unified Health System, Brazil's publicly-funded health care system - considering it as one of its basic principles. Therein, it was inquired: How multidisciplinary health team work and management are developed in hospital organizations? Therefore, it was developed a research whose main objective is to make evident the correlation between multidisciplinary team management and health care assistance. This study's theoretical background relies on the following subject matter: hospital organizations, team work, health care activities' peculiar issues, health care and multidisciplinary health care team work. The present study was applied to professionals pursuing a University degree and who belonged to multidisciplinary health care teams from two hospitals: a private one and a philanthropic one, both located at the city of Salvador, in the State of Bahia – Brazil. Among them, seven professionals belonged to a Medical-Surgical Clinic Unit and six from an adult Intensive Treatment Unit (ITU). As for the methodology, it was adopted the qualitative descriptive exploratory method. In what concerns data collection, it was used semi-structured interviews. Data analysis was done by using the theme content analysis technique. It is worth mentioning that, all ethical principles were respected in accordance to the Resolution 196/96 from the Brazilian Ministry of Health. Therefore, the project was formally approved by the Academic Research Ethics Committee of the Universidade Salvador by means of the Report n. 04.11.21. The interviews pointed out five categories of analysis as from the answers given by the multidisciplinary team, and four categories of analysis as from the managers' side. Results indicate that, the teams differ in terms of medical board composition, but some medical specialties are alike; both managers and workers do have understanding about multidisciplinary team work for health care and its importance, they are aware that there exist advantages and difficulties for their development, and that fluent communication and interaction are important elements for hospital organizations, as well as, for their work development at this modality. It can be concluded that, the researched organizations recognize, in general terms, the work and the importance of a multidisciplinary team in a suitable organizational environment. Both teams' communication and interaction were considered satisfactory. Daily observation showed that, some practices are contradictory to managers and subordinates' conceptions. It was verified that, the team group join forces and communicate with fluency at the moment that they are providing service to their patients. However, it occurs a rupture in the communication fluency and at the group integration, when dealing with the multidisciplinary aspect of planning and giving continuity to the patients' health care assistance.

Key words: Hospital Organizations. Team work. Health care multidisciplinary team.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMC	Clínica Médica Cirúrgica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
IFBA	Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NEOTEG	Núcleo de Estudos Organizacionais e Tecnologia de Gestão
SAMS	Sistema de Atenção Médica Supletiva
SDD	Sistema de Desembolso Direto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFACS	Universidade Salvador
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Definições básicas no plano jurídico hospitalar.....	26
Quadro 2	Dimensões dos serviços hospitalares.....	28
Quadro 3	Categorias e subcategorias de análise da equipe multidisciplinar.....	60
Quadro 4	Categorias e subcategorias de análise dos gestores.....	61
Quadro 5	Resultado - Concepção do Trabalho em Equipe Multidisciplinar em Saúde.....	102
Quadro 6	Resultado - Cotidiano do Trabalho.....	102
Quadro 7	Resultado - Comunicação.....	102

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Organograma Hospital A.....	65
Figura 2	Organograma Hospital B.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da amostra por faixa etária.....	67
Tabela 2	Distribuição por sexo.....	68
Tabela 3	Distribuição da amostra por situação conjugal.....	68
Tabela 4	Distribuição da amostra por número de filhos.....	68
Tabela 5	Formação dos profissionais da pesquisa.....	69
Tabela 6	Distribuição da amostra por tempo de formado.....	69
Tabela 7	Distribuição da amostra por pós-graduação.....	70
Tabela 8	Distribuição da amostra por carga horária semanal de trabalho.....	71
Tabela 9	Distribuição da amostra por tempo de trabalho na organização.....	71

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR E ASSISTÊNCIA À SAÚDE	21
2.1	TRABALHO EM EQUIPE.....	21
2.2	ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES.....	24
2.3	PECULIARIDADES DAS ATIVIDADES EM SAÚDE.....	31
2.4	TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE.....	35
2.4.1	Equipe Multidisciplinar de Saúde	40
2.4.2	As Relações de Poder nos Serviços e Equipes de Saúde	47
2.4.3	Comunicação como Estratégia para a Gestão do Trabalho em Equipe	50
3	O PERCURSO METODOLÓGICO	53
3.1	A ENTRADA NO CAMPO PARA COLETAR INFORMAÇÕES.....	53
3.2	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	54
3.3	SUJEITOS DA PESQUISA.....	54
3.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	56
3.5	TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	56
3.6	TÉCNICA DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	58
3.7	AMBIENTE DE PESQUISA.....	61
4	ANÁLISE E RESULTADOS DA PESQUISA	67
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	67
4.2	O TRABALHO E A GESTÃO DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DE SAÚDE EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES NA VISÃO DA EQUIPE.....	71
4.2.1	Primeira categoria: concepção do trabalho em equipe multidisciplinar de saúde	72
4.2.2	Segunda categoria: vantagens do trabalho em equipe multidisciplinar	75
4.2.3	Terceira categoria: dificuldades do trabalho em equipe multidisciplinar	77
4.2.4	Quarta categoria: o cotidiano do trabalho das equipes multidisciplinar	82
4.2.5	Quinta categoria: a comunicação como facilitadora e dificultadora do trabalho em equipe multidisciplinar	89
4.3	O COTIDIANO DE TRABALHO DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES NA VISÃO DOS GESTORES.....	93
4.3.1	Primeira categoria: concepção do trabalho da equipe multidisciplinar de saúde	93
4.3.2	Segunda categoria: avaliação da equipe frente a mudanças	97
4.3.3	Terceira categoria: avaliando o trabalho e a interação da equipe multidisciplinar	97
4.3.4	Quarta categoria: comunicação como facilitadora e dificultadora do trabalho em equipe multidisciplinar	100
5	CONCLUSÃO	103

6	REFERÊNCIAS	108
	APÊNDICES	116
	APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Semiestruturada para Administradores e/ou Gestores.....	117
	APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Semiestruturada para Equipe Multidisciplinar de Saúde de Nível Superior integrante da Unidade de Clínica Médica.....	118
	APÊNDICE C – Roteiro para Levantamento de dados Sociodemográficos para todos os Profissionais de Saúde e Gestores.....	120
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	121
	ANEXOS	123
	ANEXO A – Carta de Apresentação.....	124
	ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	125
	ANEXO C – Opinião do Cliente.....	126

1 INTRODUÇÃO

A relação entre o planejamento e a gestão na área de saúde, neste momento voltado aos serviços oferecidos por organizações hospitalares, tem procurado se estruturar de forma a contemplar as diversas necessidades de saúde e o reconhecimento da importância da subjetividade humana dos pacientes, dos profissionais de saúde e demais profissionais da organização hospitalar visando à qualidade dos serviços.

O resultado dos serviços nessas organizações pode se manifestar através da recuperação da saúde e da qualidade de vida, que se processam pela promoção do cuidado e a sua visão do trabalho da equipe multidisciplinar de saúde em produzi-lo com comprometimento e responsabilidade.

Portanto, este é um tema que tem alcançado dimensão nas discussões sobre a gestão da saúde e de pessoas em saúde e nos grupos de pesquisas dessas áreas, tendo em vista a importância que as pessoas representam para as organizações hospitalares que lidam com vidas humanas e em alguns momentos, com situações extremas de dor, sofrimento e morte.

Essa importância se justifica tanto em função do tipo de atividades desenvolvidas nesses serviços como componente social, podendo mesmo impulsionar a transformação de uma sociedade na qual está inserida, quanto ao fato de ser uma organização na qual o seu desempenho e sobrevivência estão vinculados também ao relacionamento e aos valores das pessoas que são responsáveis pelo atendimento direto e indireto ao paciente, nas vinte e quatro horas diárias.

A área de saúde é considerada uma das mais importantes no desenvolvimento econômico e social das nações, e as organizações privadas de saúde ganham elevado nível de importância estratégica para o Brasil. Mendes (2001) afirma que o sistema de serviços de saúde brasileiro se organiza por meio de três sistemas: Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema de Desembolso Direto (SDD) e Sistema de Atenção Médica Supletiva (SAMS).

A realidade desse panorama se dá porque, apesar de a Constituição da República Federativa de 1988 assegurar no artigo 196 a “[...] saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, p. 1341) e ter sido um marco na

redefinição das prioridades da política do Estado na área de saúde coletiva, o SUS ainda não conseguiu contemplar efetivamente os processos que assegurem esse direito, não obstante seus avanços.

Nesse sentido, o mercado atual impulsiona essas organizações em direção a uma administração forte, capaz de competir e sobreviver plenamente, e, para tanto, as organizações hospitalares têm passado por mudanças em seus processos de gestão e de operações.

Segundo Pessini (2009), vivemos um momento em que a cultura de saúde passa por importantes mudanças de paradigmas; a doença foi substituída pelo bem-estar; modelos biológicos por modelos holísticos, os sistemas isolados por sistemas integrados em rede; custos sem controles por controle racional e as tecnologias simples por tecnologias complexas. Portanto, é passada a visão de hospital concebido apenas como local de cura. No momento precisa também ser inteligente, conciliando gestão de saúde, hospitalar e de pessoas.

Neste contexto, para atender a essas demandas, torna-se fundamental que a organização reveja sua prática de gestão e que esta possa conciliar tanto seus interesses de mercado como a possibilidade de realização pessoal e profissional dos membros que a compõem; isto porque a sua continuidade frente a um mercado competitivo em que os serviços oferecidos nem sempre podem ser antecipadamente planejados ou programados dependerá fundamentalmente de pessoas comprometidas e qualificadas, que possam se adaptar e até mesmo modificar sua prática de trabalho, diante de novas situações. Nesse contexto, deve-se perceber a importância que representa um ambiente organizacional que contribua favoravelmente, para a qualificação profissional e o desenvolvimento de sujeitos autônomos nos mais diversos setores, desde o mais qualificado até o setor de apoio.

Porém é nos setores fins das organizações hospitalares, onde o paciente, principal sujeito dessas organizações, recebe o cuidado direto e indireto da equipe multidisciplinar de saúde, que se concentra a importância dos processos de trabalho.

Para o Ministério da Saúde (MS), o trabalho interdisciplinar tem como significado: “[...] a possibilidade de a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto onde estão inseridas”. (BRASIL, 2001, p. 74)

Podemos, então, refletir a importância dos profissionais de saúde que compõem a equipe multidisciplinar sentirem-se motivados, buscando cotidianamente

o prazer pessoal e profissional, no contexto das organizações hospitalares, uma vez que esses fatores também podem influenciar a forma com que a equipe desenvolve o trabalho.

Somado a esses aspectos, o interesse pelo tema surgiu da experiência na atuação como enfermeira de assistência em organização hospitalar e em saúde coletiva e como docente. Como enfermeira assistencial, ainda no início da carreira profissional (1989), estive envolvida no processo de municipalização da saúde no município de Eunápolis-Ba, nas mudanças das políticas Públicas de Saúde com a Reforma Sanitária e a efetivação do SUS.

No campo da docência, tenho atuado desde 1996, numa instituição pública federal de ensino, o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia (IFBA), no município de Eunápolis (Campus Eunápolis), na formação de profissionais técnicos em enfermagem. Na ocasião era a única instituição de ensino pública a oferecer curso na área da saúde para toda a região. Naquela época as instituições de saúde de Eunápolis e região eram carentes de pessoas qualificadas na área de Enfermagem, funcionando com um quadro de pessoal na sua maioria composta por atendentes de enfermagem.

Ressalta-se ainda que, na atuação como docente, na área de saúde, somos levados a abordar diversos contextos que envolvem trabalho, os profissionais de saúde e o ser humano, de modo que desperte o aluno a pensar na promoção, proteção, recuperação da saúde e qualidade de vida tanto para os profissionais como para os pacientes. São sensibilizados, também, a construir organizações hospitalares, um dos campos de atuação profissional, que, apesar de lidar cotidianamente com ausência de saúde, possam pensar no bem-estar de todos, devolvendo o quanto antes ao paciente a sua autonomia, inclusive construindo o sentimento de valorização como profissional de saúde, como membro de uma equipe multidisciplinar e da organização.

Nesse sentido, tanto durante as aulas teóricas como no contato direto com o paciente, estamos sempre nos referindo ao trabalho em saúde num sentido coletivo, em que o atendimento ao paciente necessita de uma equipe multidisciplinar, que possa vê-lo como único nas suas mais diversas necessidades e subjetividades. Sem dúvida, esses foram os principais pontos que me motivaram na investigação do presente trabalho.

Diante deste contexto, é relevante a investigação do tema proposto, haja vista a importância que representam essas organizações, na estruturação da sociedade, assim como o grau de importância das pessoas nela envolvidas. Ressalta-se ainda, que nesse ambiente se convive, cotidianamente, com uma rápida e complexa evolução tecnológica e a especialização dos membros que a compõem, assim como da gestão desenvolvida frente a um mercado em constante mudança e um consumidor cada vez mais cômico dos seus direitos.

Partindo-se do princípio das múltiplas necessidades e problemas que o indivíduo e a família podem apresentar ao procurarem essas organizações para se internar, recorreremos à contribuição de Gurgel Junior e Vieira (2002) a partir dos estudos de Azevedo (1993), quando afirmam que a organização hospitalar torna-se uma das mais complexas, também por demandar a existência de uma equipe de saúde com elevado grau de autonomia para o atendimento à saúde.

Nesse momento é relevante o entendimento da cultura organizacional sobre a gestão do trabalho desenvolvido em equipe multidisciplinar, a fim de promover ambiente e elementos em que a equipe possa efetivamente desenvolver um trabalho integrador, objetivando a qualidade do atendimento à saúde que se pretende oferecer, assim como a satisfação do paciente e da família.

Diante do exposto, buscou-se investigar como se desenvolve o trabalho e a gestão da equipe multidisciplinar de saúde em organizações hospitalares. Esta questão central se desdobrou nas seguintes questões de pesquisa:

- a) Como se dão as relações de trabalho no contexto da equipe multidisciplinar?
- b) Como ocorre o processo de gestão da equipe multidisciplinar?
- c) As organizações hospitalares estão preparadas para o trabalho com a equipe multidisciplinar?

Assim, o desenvolvimento deste estudo teve como objetivo geral evidenciar uma correlação entre gestão da equipe multidisciplinar e assistência à saúde. Para alcançar este objetivo, optamos por desdobrá-lo nos seguintes objetivos específicos:

- a) Identificar a constituição da equipe multidisciplinar de saúde em organização hospitalar;
- b) Conhecer as concepções de trabalho em equipe sob a ótica do trabalhador e do gestor;
- c) Conhecer como se desenvolve o cotidiano de trabalho dessas equipes;

- d) Analisar o cotidiano do trabalho e da gestão das equipes multidisciplinares e o seu alinhamento com os conceitos e concepções.

Com o alcance desses objetivos, pretende-se contribuir com a construção do conhecimento sobre o trabalho desenvolvido em equipes multidisciplinares de saúde em organizações hospitalares.

Entende-se que esse tema carece de reflexão mais aprofundada, pois a recuperação do paciente que se submete a um tratamento de saúde nas diversas etapas de sua vida está diretamente ligada ao tipo de cuidado da equipe multidisciplinar que o recebe, desde sua admissão até o momento da alta hospitalar.

No desenvolvimento desse trabalho há uma expectativa de que as equipes multidisciplinares e seus gestores possam internalizar os resultados, no sentido de revisão das práticas referentes à equipe multidisciplinar. Por outro lado há também a expectativa de que os resultados e conclusões desse estudo possam enriquecer a área ao tratar de aspectos que não estão contemplados na literatura tradicional da área.

A presente dissertação está estruturada em cinco capítulos incluindo esta Introdução, que apresenta a trajetória da escolha e da relevância do tema, do problema, das questões de pesquisa e dos objetivos gerais e específicos.

O segundo capítulo traz o referencial teórico estudado, atendo-se a conteúdos como: trabalho em equipe enquanto competência valorizada pelas organizações; organizações hospitalares; e equipes multidisciplinares, que analisa características, conceitos e uma assistência a saúde, que busque contemplar de forma integral às necessidades de saúde do ser humano, destacando autores como Peduzzi (1989, 2000), Matumotto e outros autores (2005), Schraiber (1999), Mendes (1994, 1999, 2001), Merhy (1997, 1998, 1999), Fortuna e outros autores (2005), Campos (1997), Gariglio e Radicchi (2008) e Severo e Seminotti (2010), Matos, Pires e Campos (2009).

O terceiro capítulo apresenta a metodologia, o caminho percorrido para desenvolvimento da presente pesquisa. O quarto capítulo descreve o tratamento e análise dos dados obtidos através de entrevistas com gestores e membros das equipes multidisciplinares dos hospitais pesquisados.

No quinto e último capítulo foram abordadas as conclusões da pesquisa exploratória versando sobre a medida do alcance dos objetivos, questões de pesquisa, problema e apontando sugestões para futuras pesquisas sobre do tema.

Nas referências estão listados alguns autores que não foram citados no corpo do texto, trata-se de literaturas que foram lidas, mas não incluídas no trabalho. Entretanto essa leitura pode, de algum modo, ter influenciado na construção desse trabalho e, por isso, optou-se por inseri-las para não incorrer em injustiças.

2 ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR E ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Para fundamentar esta pesquisa sobre trabalho e gestão em organização hospitalar, à luz das teorias e referências bibliográficas estudadas, buscou-se, inicialmente, conceituar: Trabalho em Equipe – que apresenta as principais conceituações e definições de trabalho em equipe, analisando-a como um conjunto interdependente de profissionais e ações que se constituem em uma célula da organização; Organizações Hospitalares – que descrevem a organização hospitalar e suas especificidades como organizações que se constituem em espaços econômicos, porém subordinadas a princípios éticos e legais da política nacional de saúde; Peculiaridades das Atividades em Saúde – que abordam aspectos que regem a política de saúde e seus sistemas como fatores que interferem na produção e no seu processo de trabalho em saúde e suas especificidades; e Equipes Multidisciplinares em Saúde – que analisam especificamente as características, conceitos e as especificidades das equipes de saúde, destacando a interdisciplinaridade e a complementaridade como fatores indispensáveis.

2.1 TRABALHO EM EQUIPE

Uma das competências que têm sido mais discutidas e valorizadas pelas organizações é o trabalho em equipe. Para Ottis (2009), uma prova dessa valorização são os rigores utilizados pelas organizações nos processos de seleção, que se valem de uma diversidade de testes com o objetivo de evidenciar essa competência como condição para que um indivíduo possa ingressar no quadro de funcionários de determinadas empresas. Para a autora, atualmente o mercado de trabalho tem manifestado a necessidade exigindo do profissional algo além da capacidade de realizar suas tarefas, necessita que estes possam desempenhar suas habilidades pessoais em conjunto com outras pessoas, de forma complementar e integrada.

Para Robbins (2008), a formação e o desenvolvimento das equipes tomaram-se um aspecto essencial para as organizações e para os negócios nas empresas, pois representam o somatório das capacidades, conhecimentos e esforços, e assim

superaram o desempenho individual pela união de habilidades e experiências múltiplas.

Nesse sentido, Riccardi e outros autores (2009) alertam que o mundo contemporâneo sujeita empresas e trabalhadores a promoverem ágeis e constantes adaptações. A capacidade de trabalhar em equipe torna-se um dos requisitos exigidos pelas organizações. A competição e o individualismo dão lugar a posturas mais cooperativas, responsáveis e participativas.

Para Sousa, Campos e Ramos (2001), recorrendo aos estudos de Scholtes (1992), as organizações vão descobrindo os ganhos de ter pessoas trabalhando juntas em equipes, já que essas oferecem vantagens sobre os esforços isolados: o apoio mútuo que surge entre seus membros. Para o autor, no momento em que as pessoas de todos os níveis reúnem esforços objetivando fins comuns, gera o sinergismo como importante elemento para enfrentar situações difíceis.

Acredita-se, então, que a riqueza da experiência trazida pela possibilidade da troca com o outro gera ganhos pessoais, profissionais e organizacionais. Desafiando cada vez mais o ser autônomo que existe em cada um, incentivando-o a encontrar em cada oportunidade novos desafios que o levem a ocupar o seu lugar tanto como membro de uma equipe, de uma organização, como de uma sociedade.

Peduzzi (1998, 2001) elaborou uma tipologia do trabalho em equipe, apontando a existência de duas modalidades de equipe: a equipe agrupamento e a equipe integração. A primeira caracteriza-se pela justaposição das ações e agrupamentos dos agentes e a segunda constituída na possibilidade de articulação das ações e interação dos agentes.

Para Tachizawa, Ferreira e Fortuna (2006), as organizações que acreditam e valorizam o trabalho em equipe para alcançar objetivos, melhoria do desempenho dos processos e dos empregados, devem buscar o alinhamento entre conhecimentos, experiências e habilidades das pessoas na direção destes objetivos.

No entanto, para que esses objetivos sejam alcançados, Sousa, Campos e Ramos (2001), a partir dos estudos de Deming (1990), alertam quanto à importância das lideranças no âmbito das equipes. Essas são responsáveis por estimular seus membros na busca comum da melhor forma de promover o conhecimento. Nesse sentido, o autor destaca que se torna importante que o líder encontre pontos que dificultam o bom andamento do trabalho e que juntamente com a equipe promova o

engajamento em que todos possam trabalhar visando objetivos comuns e até mesmo perceber antecipadamente fatos que podem vir a causar problemas.

Para Oliveira (1999), nem sempre o líder em atuação obtém a receptividade esperada, razão pela qual esse deve ter a habilidade para criar e aproveitar situações que colaborem com o crescimento, integração das pessoas, maturidade e motivação, em detrimento de situações que dificultam a atuação do seu papel como, por exemplo, resistência à mudança.

Na concepção de Rangel (1995), citado por Sousa, Campos e Ramos (2001), confirma-se a posição de Scholtes (1992, apud SOUSA; CAMPOS; RAMOS, 2001), quanto ao sinergismo, acreditando ainda que esse possa transformar o desempenho através da participação ativa das pessoas nos processos internos. Acrescentando que existem alguns fatores que possam facilitar esse processo:

Rangel (1995 apud SOUSA; CAMPOS; RAMOS, 2001, p. 11) afirma:

Dizer claramente o que se espera da equipe; enaltecer o valor do trabalho em equipe; estabelecer confiança na equipe, estimulando-a, orientando-a para a execução de um trabalho factível; dar feedback e dar recompensas e reconhecimento pelo bom desempenho.

Apesar da existência de contribuições teóricas sobre o trabalho em equipe, existem também discordâncias de quais sejam os elementos indispensáveis para sua configuração e identificação. Nesse sentido, Moscovici (1995) já sinalizava que o futuro pertencia a organizações baseadas em equipes. Para tanto, destaca os diferentes aspectos do conceito de grupo e equipe de trabalho, afirmando que o grupo de trabalho “[...] não consegue ter uma visão coletiva de suas responsabilidades, objetivos e produtos” (MOSCOVICI, 1995, p. 14), e para que este se transforme em equipe torna-se necessário o entendimento de um trabalho compartilhado de forma a atingir objetivos comuns.

Ainda conforme Vergara (1999, p. 149), para que um grupo “[...] se torne uma equipe é preciso que haja um elemento de identidade, elemento de natureza simbólica, que una as pessoas, estando elas fisicamente próximas, ou não”.

Corroborando com estes conceitos, Robbins (2008) ressalta que grupos e equipes não podem ser considerados iguais conceitualmente, pois um grupo de trabalho possui um nível de interação que se resume em compartilhamento de informações e decisões que contribuem para o desempenho das atividades de cada

membro em sua área. A equipe se destaca pelo fator “sinergia positiva”, que se caracteriza pelo esforço coordenado que potencializa os resultados da organização sem a necessidade de elevação dos investimentos.

Enfim, o trabalho em equipe aponta como estratégia que promova novas visões no sentido de equacionar processos, em que cada membro possa dimensionar suas ações, avaliando sempre sua participação enquanto integrante da equipe e priorizando a comunicação para uma avaliação contínua do trabalho. (PINHO, 2006)

2.2 ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

A forma como as organizações hospitalares são geridas irá definir a especificidade de seus serviços, o quantitativo e a especialidades dos profissionais que irão exercer suas funções tanto de maneira direta como indireta, e o modo como o processo de trabalho se desenvolverá, refletindo assim o nível de participação das pessoas e suas contribuições a partir de suas missões e valores.

Têm-se testemunhado mudanças que se operam, cada vez mais rapidamente, no campo político, social, econômico e cultural e o seu impacto diante das pessoas e das organizações. Torna-se, portanto, importante o reconhecimento das pessoas nesse processo, uma vez que elas são capazes e responsáveis de produzir, acumular e ampliar o conhecimento, bem como de promover mudanças. Por outro lado, sabemos da importância que representam as organizações para a construção e a estruturação de uma sociedade. Assim, tanto as pessoas são cada vez mais importantes para as organizações, como estas, por sua vez, são igualmente importantes para as pessoas que as constituem. (COLAUTO; BEUREN, 2003)

As organizações são coletividades especializadas na produção de um determinado bem ou serviço, que se processa a partir da combinação de agentes sociais e seus conhecimentos e recursos técnicos e materiais, potencializando a força numérica e tornando assim campo propício para o desenvolvimento do conjunto de ações que esta se propõe, de forma conjunta e colegiada. (SROUR, 1998)

Partindo do princípio que as necessidades humanas são crescentes e ilimitadas, concorda-se com o autor, uma vez que não se pode conceber

organização a partir de produção isolada. Tornam-se, pois, necessários o envolvimento e o esforço coletivo das pessoas que as constituem para o desenvolvimento de suas atividades e o alcance dos objetivos e metas estabelecidos por ela.

Quando refletimos acerca da importância que as pessoas possuem para as organizações e como este relacionamento organização – pessoa se dá, Monteiro (2009) destaca que grandes transformações ocorreram e continuam ocorrendo na forma como as organizações têm percebido o relacionamento entre as pessoas no seu interior. Para o autor, existe uma gradativa constatação e o reconhecimento dos gestores de que as pessoas se constituem no seu principal ativo ou no seu recurso mais valioso.

As organizações de saúde, destacando-se dentre estas as organizações hospitalares (hospitais), dadas suas dimensões e complexidade para estudos e considerando o grau de importância desses como um complexo produtivo da saúde devem ser analisadas não apenas como atores sociais componentes de um conjunto de políticas prioritárias para melhoria do estado de saúde das pessoas, mas ainda por se constituírem em um campo de inovação tecnológica de acumulação de capital de geração de investimentos e de oportunidades de trabalho e renda. (VIANA; ELIAS, 2007)

Conforme Giovanella e outros autores (2008), os sistemas de saúde têm como componentes a cobertura, os recursos (humanos, econômicos, a rede de serviços, os insumos, a tecnologia e o conhecimento) e as organizações. Segundo Ribeiro (1977), a organização hospitalar compõe o sistema ou organismo assistencial da comunidade, porém não pode ser considerada uma unidade isolada; está integrada ao sistema social e neste se destaca como o principal centro de saúde.

Nessa mesma linha, Silva (2005) acrescenta que isso acontece em função dessas organizações concentrarem simultaneamente práticas, políticas, interesses, instituições e saberes, tornando-se assim importantes elementos impulsionadores da gestão, uma vez que seus serviços acontecem ininterruptamente, sendo a assistência prestada nas vinte e quatro horas. Outra característica destacada pela autora é que a organização hospitalar concentra um grande número de profissionais de nível superior na área de saúde e outras, e também de nível médio, tornando-se um ambiente complexo, mas que necessita de integração constante.

Quadro 1: Definições básicas no plano jurídico hospitalar

Hospital	É a instituição destinada a internar, para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitam de assistência médica diária e cuidados constantes de enfermagem.
Hospital Geral	É aquele destinado a internar pacientes de várias especialidades, podendo, porém, ter sua ação limitada a um grupo etário (ênfase em pessoas hospital infantil); a um determinado grupo da comunidade, (hospital militar, hospital de previdenciários) ou ter finalidade específica (hospital de ensino).
Hospital Especializado	É aquele destinado a internar pacientes predominantemente de uma especialidade.
Assistência Hospitalar	É toda assistência que tem por base de ação o Hospital, qualquer que seja sua especialização ou denominação. A expressão não é, porém, usada para referir à assistência fornecida por hospitais para tuberculose, moléstias mentais e lepra.
Ambulatório, Policlínica, Instituto de Clínicas ou Clínicas	São instituições ou setores do hospital destinados a diagnóstico ou tratamento de pacientes em regime de não internação.
Quarto	É o compartimento destinado à internação de um ou dois pacientes.
Enfermaria	É o compartimento destinado à internação de três ou mais pacientes.

Fonte: Ribeiro (1977, p. 25-26)

O Ministério da Saúde (MS) conceitua o hospital como parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de pessoas e de pesquisa em saúde. (BRASIL, 1977)

Abbas (2001), ao recorrer à contribuição de Rocchi (1982), quanto ao conceito de hospital, acrescenta que em se tratando de hospitais modernos estes incorporam o cumprimento de funções na área da saúde, tais como: prevenção, reabilitação, restauradora e de ensino.

Para Gurgel Junior e Vieira (2002, p. 330), as organizações hospitalares são ambientes singulares, conforme declara:

As organizações hospitalares independentes de serem públicas ou privadas inserem-se num ambiente complexo e singular. Pois, independente da sua natureza, ambas as condições estão subordinadas a princípios éticos e legais que normatizam o setor saúde e as políticas governamentais, que os colocam frente a uma diversidade de interesses.

Médici e Marques (1996) ressaltam que as organizações hospitalares possuem características próprias, uma vez que a pessoa que busca a assistência médica, quase sempre não o faz por livre escolha, mas por circunstâncias alheias à sua vontade. Geralmente, se sentem expostas; estão fragilizadas pela dor e pelo sofrimento, que os tornam mais sensíveis e difíceis de satisfazê-los integralmente. E nesse sentido, a urgência que o consumidor demanda das organizações hospitalares em decorrência da sua atuação está diretamente relacionada majoritariamente ao atendimento às necessidades e não aos desejos.

Para Gurgel Junior e Vieira (2002), as organizações hospitalares, pelas suas características e especificidades, se constituem em espaços econômicos e sociais que buscam o atendimento de vários grupos de interesses, alguns desses antagônicos e com o desafio de atendê-los. Dentre os grupos de interesses os autores destacam: os usuários demandantes de assistência; os trabalhadores da saúde que buscam o atendimento de suas necessidades financeiras e demandam boas condições de trabalho; os acionistas (organização hospitalar privada) que objetivam a maximização de seus investimentos; os fabricantes e fornecedores, as seguradoras e os planos de saúde que têm interesse econômico e estabelecem relações de caráter comercial; a gerência hospitalar formalizada e o governo, cujo interesse está no alcance das metas no campo da política de saúde.

Compartilhando desse pensamento, Abbas (2001) reafirma que o hospital caracteriza-se também como unidade econômica, no entanto se difere das empresas de outros segmentos, dadas as características próprias que o distinguem, ou seja, quando as pessoas procuram o hospital, quase sempre o fazem por sentirem-se doentes, ou terem sua saúde ameaçada, portanto pode estar em jogo a saúde e até mesmo a vida humana.

Igualmente, Borba e Kliemann Neto (2008), com base nos estudos de Daft (1999), descrevem o hospital como uma empresa de serviços, que pode ser classificada a partir das cinco dimensões propostas pelo autor: produção e consumo simultâneos, produtos personalizados, participação dos clientes (pacientes) nos processos de produção, produto intangível e ênfase em pessoas, dispostas no quadro abaixo:

Quadro 2: Dimensões dos serviços hospitalares

Produção e consumo simultâneos	Esse processo pode ser identificado no atendimento realizado pelo médico e pelos demais profissionais do hospital. Nele, o atendimento é caracterizado como serviço e é recebido pelo paciente ao mesmo tempo em que é realizado pelo médico. Em serviços complementares, como coleta de exames, o resultado é obtido posteriormente, mas sua aplicação – por meio do diagnóstico médico – é simultânea ao atendimento.
Produtos personalizados	Embora existam padrões de conduta (como protocolos clínicos) que permitem um apoio à tomada de decisão médica, cada paciente recebe atendimento personalizado e é percebido como único para o prestador do serviço. Vale salientar que o aumento da complexidade nas patologias clínicas tem reforçado a necessidade de protocolos clínicos, como base para a tomada de decisão.
Participação dos clientes (pacientes) nos processos de produção	Uma consulta às informações dos pacientes é fundamental para o diagnóstico do médico.
Produto intangível	No processo de atendimento, não existe produto físico resultante. O produto é o próprio atendimento.
Ênfase em pessoas	Os serviços somente são realizados pelos funcionários, na presença dos pacientes. Quando não existe demanda, o profissional de saúde não pode “armazenar” o tempo e utilizá-lo posteriormente.

Fonte: Borba e Kliemann Neto (2008, p. 2-3)

A prestação de um serviço é constituída por uma ou um conjunto de atividades das quais o seu comprador não é detentor da posse de nenhum bem ou produto adquirido, baseado em uma relação direta entre o prestador de serviços e o tomador do serviço ou comprador. Nesse sentido, recorremos a Kotler (2000, p. 448) ao afirmar que “[...] serviço é qualquer ato ou desempenho, essencialmente intangível, que uma parte pode oferecer a outra e a que não resulta na propriedade de nada. A execução de um serviço pode estar ou não ligada a um produto concreto.”

Reiterando o conceito de serviços, Fitzsimmons e Fitzsimmons (2005) afirmam que este se caracteriza por uma ação perecível, intangível, destinada especificamente para um consumidor que naquele momento assume o papel de coprodutor.

Com o objetivo de reduzir os níveis de incerteza proporcionados pela intangibilidade, os compradores procuram por sinais capazes de evidenciar atributos

que possam ser considerados como diferenciais e de atestar a qualidade do serviço prestado. A qualidade de um serviço é deduzida com base na percepção de aspectos aos quais possa se atribuir valor, tais como: adequação das instalações, atenção e cortesia das pessoas envolvidas, praticidade, conforto, precisão e eficiência dos materiais e equipamentos utilizados, da comunicação em todos os seus aspectos, nos símbolos e nos preços percebidos. Assim, a tarefa do prestador de serviço é criar e administrar evidências, capazes de tornar perceptível o intangível. (KOTLER, 2000)

No entanto, quando nos reportarmos à produção dos serviços em saúde, esse traz como singularidade o fato de ser abstrato e ter como característica a subjetividade humana, portanto interfere diretamente na maneira de viver das pessoas. (FORTUNA et al., 2005) Esse desafio é potencializado, porque carrega consigo uma relação de essencialidade por está ligado à saúde, à sobrevivência e à qualidade de vida do paciente. Esse tipo de serviço prestado pelas organizações hospitalares, segundo ressalta Monteiro (2009), é desenvolvido diretamente por pessoas a outras em situações que podem envolver risco de vida, portanto requer uma dinâmica para atingir o bem-estar das pessoas nesse momento específico de vida.

De modo genérico, o objeto social da organização hospitalar é fixado com base na ideia que os membros constitutivos têm sobre o ramo de especialização a ser explorado. Nesse sentido, o sucesso da administração hospitalar reside no melhor aproveitamento racional dos recursos estruturais, humanos e de clientes, requerendo para tal intento, que cada estratégia operacional seja direcionada no sentido da consecução dos objetivos institucionais da organização. (COLAUTO; BEUREN, 2003)

Seixas e Melo (2004) consideram que a evolução da administração hospitalar está diretamente relacionada à história dos hospitais e da medicina, que, tanto no Brasil como em outros países, está vinculada inicialmente à atuação da Igreja Católica. Isto porque os cuidados que eram prestados estavam diretamente ligados à caridade e ao interesse de separar os doentes da sociedade. Nesse contexto, a administração era feita de forma não planejada, restringindo-se à manutenção da estrutura física e financeira necessária à prestação da assistência à doença.

Nesse sentido, não há como eximir o hospital da analogia a uma empresa, pois, este possui os mesmos problemas de receitas e despesas, ordem legal, administrativa, trabalhista, além da sistemática global do empresariado capitalista. (COLAUTO; BEUREM, 2003, p. 168)

Fajardo Ortiz, citado por Seixas e Melo (2004), afirma que a forma com que as organizações hospitalares são geridas, a presença e utilização racional de seus recursos, principalmente os humanos, é que irá definir o modo de trabalhar dos profissionais de saúde e, portanto, da qualidade da assistência e do cuidado que será oferecida. Ressalta-se também como importante elemento desse processo, o grau de interação desses profissionais em prol da recuperação do paciente.

Desse modo, a administração dessas organizações não pode embasar-se em regras sólidas, preestabelecidas e duradouras; deve contemplar na sua estrutura e planejamento o aparato para adaptar-se, atender e suprir novas demandas, devendo estar estruturado para, a todo o momento, enfrentar as mais diversas necessidades apresentadas pelo paciente e família. Para tanto, precisa dispor de pessoas capacitadas e em quantidade suficiente, materiais e equipamentos para adaptar-se a necessidades imediatas.

Apesar do empenho, tais especificidades trazem a essas organizações limitações para mensurar e interpretar os serviços prestados, inclusive sob o aspecto econômico, dificultando, assim, a realização na sua totalidade, isso porque cada ser humano que é atendido tem suas necessidades próprias e, por mais que os seus problemas de saúde guardem algumas semelhanças, poderão responder das mais diversas formas ao tratamento, o que torna os resultados imprevisíveis, não programados e difíceis de serem segmentados.

Ainda para Borba e Kliemann Neto (2008), quando nos referimos à gestão hospitalar, devemos considerar que esse tipo de organização é palco de duas partes indissociáveis, onde de um lado está a gestão do negócio a partir da visão dos gestores, cabendo a estes cuidar dos investimentos econômico e financeiro em que a figura do paciente é vista como um cliente e fonte de receita, e, do outro, a gestão da assistência, a partir do ponto de vista técnico dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, e a esta cabem as decisões técnicas a partir de cada especialista, focados em aspectos operacionais de normas, rotinas visando à qualidade da assistência prestada.

Nesse sentido, o ambiente hospitalar pode revelar-se como um lugar de disputas veladas entre profissionais das áreas que formam as equipes multidisciplinares, que ao mesmo tempo são complementares e divergentes com diferentes formações, diferentes visões do todo e com linhas tênues, que estabelecem limites de atuação de cada profissão.

2.3 PECULIARIDADES DAS ATIVIDADES EM SAÚDE

Inserido no setor terciário da economia, o trabalho em saúde se diferencia dos demais, pelo fato de lidar direta ou indiretamente com a vida humana nas mais diversas situações. Razão pela qual essas organizações são levadas a considerar, apesar das limitações, nos seus indicadores de resultados aspectos não materiais e indicadores não financeiros, uma vez que o produto característico nesse tipo de serviço é medido ao mesmo tempo em que são oferecidos e por guardar níveis de subjetividade elevados.

Outro elemento característico desse trabalho trazido por Colomé (2005), a partir dos estudos de Leopardi (1999) e Pires (2000) é que o seu desenvolvimento acontece principalmente, a partir da presença de diversas categorias profissionais que compõem a equipe multidisciplinar de saúde, responsável por um determinado setor ou unidade, assim como do conjunto de saberes e conhecimentos específicos trazidos por cada um. Isso porque a expectativa desse trabalho parte da visão de atender não só às necessidades individuais de um único paciente, mas como de uma coletividade, constituindo-se, portanto, numa prática de trabalho coletivo.

Além das características gerais do trabalho em equipe, esse tipo de trabalho subordina-se ainda ao sistema de saúde vigente em um país, que estabelece regras, normas e padrões, e a forma como está constituído influencia de maneira direta o desenvolvimento desse trabalho, a qualidade de saúde e de vida de sua população direcionando assim os seus processos de trabalho. (MENDES, 2001)

No Brasil, o Sistema Público de Saúde (SUS), estabelecido na Constituição Federal, de 1988, com a Seção II – da Saúde – é responsável pelas diretrizes e políticas de saúde vigentes. Foi resultado de um longo processo de construção, que culminou a partir da crise do sistema público de saúde, que não mais atendia de forma satisfatória às necessidades de saúde da população, e do movimento de luta

travado por militantes da área, que resultou na Reforma Sanitária Brasileira. (MENDES, 2001)

No que se refere a conceituações de “reforma sanitária”, várias são apresentadas, porém Mendes (2001), a partir da definição de Berman (1995), destaca como principais elementos dessas reformas as implicações no que se refere aos procedimentos, responsabilidades e competências de quem as executa e as define como “[...] mudanças sustentáveis e propositais para melhorar a eficiência, a equidade e a eficácia do setor saúde”. (MENDES, 2001, p. 21)

No Brasil, esse era um momento que impulsionava o sistema de saúde a romper com as políticas públicas existentes, em detrimento da atenção à saúde em que todos tivessem acesso aos seus serviços. No entanto, isso implicava no desenvolvimento de um trabalho que não fosse prestado a partir do problema de um único indivíduo após o surgimento da doença, mas que fosse voltado para a atenção à população em circunstâncias de prevenção e, portanto, que pudesse colaborar ativamente na promoção da saúde e qualidade de vida.

Para Mendes (2001), os sistemas de serviço de saúde é uma realidade e não há como negá-la no mundo contemporâneo; é um conceito tenso que permeia dimensões política e técnica, na busca de proceder a mudanças que contemplem ao máximo a garantia da saúde como construção da cidadania, além de serem influenciados por valores presentes na sociedade. Mais conhecida como reformas do setor saúde, esta é uma realidade vivida por diversos países, sempre que o sistema público vigente não responde satisfatoriamente às condições de saúde da maioria da população.

No entendimento de Mendes (1999), para que essas reformas pudessem ser processadas era imprescindível estimular e organizar as comunidades, através de um trabalho de base, de educação em saúde para que essas pudessem participar na identificação dos seus problemas primários de saúde, e não esperasse a doença manifestar-se para procurar os serviços de saúde e assim pudesse assumir a parcela de responsabilidade que lhe cabe da sua saúde.

No entanto, para Mendes (1999), fazia-se necessário romper com o modo vigente de produzir saúde; o autor propõe então um novo modelo, que denominou de vigilância da saúde, podendo também valer de outras variações terminológicas como “Vigilância à Saúde” e “Vigilância em Saúde” como um novo olhar que apontasse para a resposta social organizada aos problemas de saúde.

Souza (1992), citado por Mendes (1999, p. 244), traz a perspectiva de que:

A vigilância da saúde pode ser um instrumento para a construção de uma nova modalidade de atenção: outra forma de ver a intervenção sobre o coletivo e o individual e outras questões para o saber científico sobre a saúde e a doença. Transformando, a partir dessas mudanças, o modelo de organização tecnológica do trabalho em saúde, a prática da vigilância ousará, através dele, a inscrição de um outro modo de andar a vida em sociedade.

Matumoto e outros autores (2005) trazem a contribuição dos estudos de Mendes (1992) e Merhy (2002) quanto ao trabalho em saúde, ao afirmar que o trabalhador, ao atuar diretamente sobre os problemas de saúde, está na realidade produzindo um ato de saúde e a sua atuação deverá partir do entendimento do paciente sobre sua doença. Esse é um momento importante para o desenvolvimento do vínculo de confiança entre trabalhador e paciente e uma oportunidade para o indivíduo aprender mais sobre seu autocuidado. Merhy em seu texto intitulado *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*, publicado em 1997, já sinalizava a importância da relação entre trabalhador e paciente para o desenvolvimento do trabalho.

Esse é um processo que pode ser construído tanto a partir dos problemas reais de saúde, comprovados através de exames e diagnósticos, como através da percepção do trabalhador acerca das necessidades do indivíduo, constituindo assim seu processo de trabalho em saúde, que terá como resposta a recuperação do paciente e a satisfação às suas necessidades, que o levaram a buscar o serviço de saúde.

Nesse sentido, Merhy (1997) destaca a importância da estruturação e gerenciamento dos processos de trabalho nos serviços de saúde, e ainda mais, como os trabalhadores da saúde vêm desenvolvendo e percebendo o seu trabalho. O autor afirma que após ter participado ativamente como membro de movimentos que buscassem mudanças na forma de produzir saúde no Brasil, acredita-se que essas efetivamente não se processarão, senão a partir da vontade e de atitudes do conjunto de trabalhadores que estão inseridos nos serviços de saúde e que poderão configurar a operacionalização do trabalho diário em saúde.

Gariglio e Radicchi (2008) trazem do entendimento de Merhy (2002) que o campo da saúde deveria ter como principal objetivo a produção do cuidado, ou seja, um lugar onde se produza para o usuário um tipo de atenção, voltada para cada

problema buscando atingir a cura e a qualidade de vida e saúde através da melhor resposta às suas necessidades.

Mendes (1999) ressalta como elemento importante na consolidação da produção do cuidado, a importância da formação acadêmica dos profissionais de saúde na consolidação desse processo. Enfatiza que, desde o início do século XX, a formação desses profissionais esteve voltada para o modelo fragmentador, individual, centrado em serviços de saúde que ofereciam um número cada vez maior de consultas médicas e procedimentos.

Reafirmando essa posição, Nunes (1995), citado por Vilela e Mendes (2003), concorda que essa formação se embasava no modelo de atenção à saúde vigente ao qual estava voltado, para a quantidade de serviços de saúde oferecidos à população, tendo como base as consultas médicas, intermediado pelo avanço tecnológico na área da saúde.

Ainda para Vilela e Mendes (2003), com base nos estudos de Chaves (1999), essa é uma realidade que começa a ser modificada somente a partir da década de 70, quando esse modelo evidenciava-se inadequado. Neste momento é que as instituições educacionais responsáveis pela formação de profissionais na área de saúde passaram a ser criticadas quanto ao tipo de formação que era oferecida. Pois entende-se que a educação acadêmica da forma como vinha sendo oferecida, com currículos rígidos, reflete uma educação bancária e segmentada, pensada de maneira isolada, o que torna o profissional pouco apto a lidar com o novo contexto.

Nesse sentido, nos reportamos aos princípios fundamentais do SUS, que são: universalidade do acesso, integralidade e igualdade da assistência, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, regionalização, hierarquização e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de atenção. (BRASIL, 1990)

Entende-se, pois a necessidade desses princípios serem contemplados na formação profissional na área de saúde, uma vez que o SUS, após seus 22 anos de lançamento, ainda vem caminhando para consolidar a interdisciplinaridade como prática de saúde nas equipes multidisciplinares.

No entanto, esse profissional enquanto ser humano também tem seus saberes, fragilidade e cultura, mas que no desenvolvimento de seu trabalho, para atender ao paciente, deverá desenvolvê-lo em equipe de forma a transpor seus conhecimentos individuais.

Por outro lado, os serviços de saúde devem primar pelo principal objetivo de atender não só as necessidades básicas do paciente sobre seus cuidados, mas também de proporcionar uma recuperação efetiva, e que ele possa conhecer e perceber desde suas necessidades básicas até as mais complexas, contribuindo assim para sua independência e autonomia no cuidado com a própria saúde e qualidade de vida.

Nesse sentido, entende-se que nenhum esforço isolado conseguirá contemplar as condições de saúde da nossa população brasileira, porque as mudanças no binômio saúde-doença se processam de forma muito rápida. Entende-se, pois, que as organizações devem reconhecer cada vez mais a importância que as pessoas representam no contexto organizacional da saúde, proporcionando abertura para que essas possam expressar seus conhecimentos e experiências, tornando esses espaços ainda mais enriquecedores a partir do momento em que pode facilitar o surgimento de elementos para se processar o trabalho em saúde.

Pode-se então perceber que para o profissional de saúde estar preparado para desenvolver seu trabalho com compromisso, responsabilidade, competência e estar aberto a novas formas de conhecimento e aprendizagens, é necessário acompanhar a evolução dos processos que acontece na atenção à saúde, no sentido de romper com atuações profissionais individuais em que os pacientes tinham apenas uma participação passiva em todo o processo.

2.4 TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE

Nesta seção analisamos a equipe multidisciplinar de saúde nos seguintes aspectos: concepção, vantagens e dificuldades de trabalho em equipes, relações de poder nas equipes e a comunicação como elemento facilitador ou dificultador do trabalho em equipe.

O trabalho em equipe na saúde indica importância para o atendimento às necessidades e problemas de saúde humana, uma vez que esses nem sempre podem ser atendidos por uma única especialidade nem individualmente.

Ciampone e Peduzzi (2000) destacam que no processo de produção em saúde, a denominação equipe sempre fará referência a uma situação de trabalho, e este, referindo-se à obtenção de bens ou produtos para a atenção às necessidades humanas. Assim, ressalta-se a importância dos profissionais envolvidos nesse

processo, pois essa envolve diretamente dimensões humanas que irão refletir na qualidade de vida tanto dos que cuidam como dos que recebem o cuidado.

Dentro desse processo, Pinho (2006, p. 70) ressalta que, apesar dos diversos conceitos sobre o trabalho em equipe de saúde, ela guarda semelhanças com alguns pressupostos do conceito geral de trabalho em equipe, tais como: “[...] desempenho e responsabilidade coletivo, tomada de decisão coletiva, uso de habilidades e conhecimentos complementares”.

Ainda para a mesma autora, quando nos referimos à formação de equipes na área de saúde, são apontadas algumas especificidades: “[...] dominância de um discurso particular, resultando na exclusão de outro e falta de confiança inter e multidisciplinar fruto de relações de poder entre as profissões”. (PINHO, 2006, p. 71)

Portanto, mais uma vez ressaltamos o importante papel da formação acadêmica dos profissionais de saúde, pois, da forma com que se processam, cada profissão apreende o todo sob diferentes visões e com linhas tênues que estabelecem limites predefinidos de atuação de cada categoria profissional, e como se fosse possível para atender às necessidades integrais de saúde, o ser humano é estudado por partes, dificultando assim a integração e a convivência entre os especialistas.

O desenvolvimento da atenção à saúde é realizado por profissionais de diversas categorias ligadas a essa área, chamados profissionais de saúde, que têm na sua formação acadêmica a base para o desenvolvimento de habilidades e competências baseadas em conhecimentos técnico-científicos, de forma que esse o atendimento possa ser desenvolvido para o indivíduo ou comunidade, envolvendo o mínimo de risco e o máximo de qualidade.

Para tanto, a Resolução nº 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 1998) reconhece como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos, fonoaudiólogos, médico veterinário, odontólogos e terapeutas ocupacionais.

No contexto do SUS, o cuidado à saúde está ordenado em níveis de atenção, que são a básica, média e alta complexidade. Essa forma de estruturação tem como finalidade facilitar a programação e o planejamento das ações e serviços. (BRASIL, 2009)

A presença dos especialistas em saúde, assim como o seu percentual em cada estabelecimento assistencial de saúde, será determinada pelo tipo e porte do serviço que cada instituição ou organização pretenda oferecer. Então, pode-se afirmar que, pela própria essência humana e pela rápida transformação das suas necessidades no processo saúde-doença, o indivíduo impulsiona os serviços de saúde na busca de novas formas de atendê-los. Peduzzi (1998), a partir da contribuição dos estudos de Campos (1992b), ressalta que os serviços de saúde, que na sua organização têm como estratégia priorizar a estruturação das equipes, devem considerar o rompimento da divisão do processo de trabalho, em que cada especialidade atua de maneira individual e responsabilizar cada equipe pela organização e planejamento de seu trabalho assim como de problemas advindos da sua rotina diária.

Gastão Campos em seu texto *Subjetividade e administração: considerações sobre modos de gerenciar equipes de saúde*, publicado na coletânea *Agir em saúde*, organizada por Merthy e Onocko (1997), destaca a importância da constituição das equipes de saúde e elementos que a compõem. Ainda quanto a este assunto, Matumoto e outros autores (2005), com base nos estudos de Fortuna (1999, 2003), alertam que elas não se processam pela simples presença das diversas categorias profissionais em um determinado serviço, mas que se constituam efetivamente através da interação das diversas disciplinas e saberes, agindo como elemento integrador de seus membros, a fim de que estes possam adaptar-se frente às diversas necessidades e situações na produção da assistência e do cuidado integral à saúde.

Nesse sentido, Schraiber e outros autores (1999) afirmam que o trabalho em equipe na saúde é o que se realiza levando-se em consideração não só as especificidades de cada saber técnico, mas que produzam consensos para atender à necessidade específica da assistência a cada paciente.

Reiterando essa afirmação, Fortuna e outros colaboradores (2005) concebem a visão de equipe como um processo de relações que vão sendo construídas pelos seus membros, portanto o seu trabalho é processual e deve ser construído a partir da realidade diária, visto que as necessidades de saúde são infinitas e nem sempre previsíveis.

Para Peduzzi (2001), a proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da

saúde. Pode-se verificar, no entanto, que a realidade entre a teoria e a prática da existência efetiva dessa modalidade de trabalho nas organizações de saúde se configurará a partir da forma como os serviços são efetivamente estruturados e oferecidos, uma vez que a comunidade impulsiona as organizações na oferta de serviços que prezem cada vez mais pela qualidade e o bem-estar do paciente.

Para isso, uma das alternativas encontradas por esses serviços para atender a essas novas demandas foi a reorganização do trabalho, de forma que a assistência e o cuidado ao paciente deixem de ser realizados individualmente, passando a ser um trabalho coletivo. O sucesso dependerá do empenho e da qualificação de cada membro da equipe, o comprometimento e a responsabilidade para com o trabalho e o paciente.

Portanto, para Matumoto e outros autores (2005, p. 13), torna-se imprescindível que cada organização e cada serviço de saúde identifiquem suas especificidades, realidades e necessidades no sentido de contribuir ativamente como espaço integrador, não deixando de considerar que o trabalho em saúde é um trabalho vivo e, concordando com Merhy (1997), desenvolvido pelo ser humano que, por essência, é um ser dual; e por mais que existam elementos que corroboram para o desenvolvimento de um trabalho em equipe, não existem equipes perfeitas. Assim como o trabalho desenvolvido por ela não conseguirá se processar integralmente por todo o tempo.

Diante disso, torna-se imprescindível que cada membro da equipe esteja ciente do seu papel e da sua importância, para que se processem as mudanças necessárias no seu trabalho, adaptando-se às novas realidades e necessidades. Pensando no resultado final do trabalho em saúde, além das inquestionáveis finalidades de promover, proteger e curar, mas que esse seja capaz de produzir um modo certo de cuidar conforme afirma Merhy (1999).

No entanto, a simples presença de profissionais de áreas distintas formando equipes não é garantia de uma assistência integral; é preciso que as ações desenvolvidas contemplem dimensões pessoais e profissionais de cada membro que se dispõe a produzir um trabalho em que as necessidades e as especificidades do paciente que será atendido contemplem as suas mais diversas dimensões. (SCHAIRBER et al., 1999)

Portanto, faz-se necessário para o profissional que queira ocupar efetivamente seu espaço como membro da equipe de saúde, que esteja aberto para

agregar ao seu conhecimento científico e experiência, novos elementos e valores que busquem a integralidade da atenção. Para tanto, é preciso prover esforço pessoal na sua prática diária de trabalho, assim como buscar atualizações e capacitações que ajudem a sedimentar novas aprendizagens.

No que diz respeito à integração dos cuidados na atenção à saúde, pressupõe um trabalho técnico planejado em equipe, com base em situações reais que visem atender, de forma contínua, às diversas necessidades das pessoas que são acometidas por patologias que causem dor e sofrimento e que, portanto, devem envolver habilidades e competências específicas das diversas áreas profissionais, assim como da disponibilização e acesso aos diferentes serviços de saúde. (HARTZ; CONTANDRIOPOULUS, 2004)

É, pois, imprescindível que cada membro da equipe tenha dimensão da importância do seu trabalho na recuperação do paciente, mas que essa dimensão seja igualmente respeitada em relação ao outro profissional, porque as ações e reações humanas são imprevisíveis e, à medida que abrimos espaço para escutar o outro, também nos percebemos como agente de mudança.

Para Schairber e outros autores (1999, p. 233), a articulação das ações visa alinhar as diversas formas de executar o trabalho, próprio de cada especialidade, uma vez que cada uma delas tem suas próprias especificações, atuações e saberes, o que requer por parte de cada membro da equipe permitir que o seu conhecimento seja manifestado, bem como de colocar-se à disposição para apreender novos conhecimentos que venham do outro. Para os autores, esse movimento permitirá que os diversos membros da equipe encontrem as mais diversas formas de estabelecer relações, ainda que não consigam fazê-lo por todo o tempo e de forma integral.

Ainda baseado no conceito de equipe trazido por Peduzzi (1998) quanto à interação dos agentes, ela ressalta que vai além da conexão dos saberes e conhecimentos trazidos por cada membro. Esta pressupõe uma forma de comunicar-se em que a equipe agregue valores e interesses e que o bem-estar físico, mental e social do paciente seja priorizado, refletindo de forma prática na elaboração de uma assistência e de cuidados que contemplem cada paciente como único, respeitando as suas mais diversas dimensões como fatores determinantes desse cuidar.

Diante da prática do trabalho em saúde, concordamos com a autora pois a experiência nos mostra o quanto é importante e necessário que a equipe construa

processos de comunicação que possam agregar valores individuais e pessoais trazidos por cada paciente, de modo a refletir as suas necessidades e a prática real do trabalho da equipe, que deve ser avaliado sempre que se fizer necessário.

Nesse sentido, não podemos deixar de considerar que esses não são processos fáceis de serem desenvolvidos, aplicados e consolidados; é necessário analisar o planejamento e a gestão dos serviços, para verificarmos se essas são práticas que estão contempladas ou podem vir a fazer parte do modelo da política assistencial de cada serviço.

No entanto, para que essa seja uma realidade concreta, deve-se considerar que os diferentes agentes envolvidos são atores fundamentais nesse processo, devendo no decorrer da sua prática se autoavaliarem, como o seu trabalho vem sendo produzido e expressar abertura e vontade de construir essas mudanças.

Deve-se também considerar que por trás do caráter do profissional de saúde, que desenvolve seu trabalho em equipe, existe um ser humano com sua subjetividade, sentimentos e valores, mas que, naquele momento, enquanto membro de uma equipe, está desenvolvendo suas atividades laborais e, portanto, a sua autonomia técnica está não apenas ligada ao conhecimento trazido na sua formação, como na relação de interdependência com os demais membros da equipe.

2.4.1 Equipe Multidisciplinar de Saúde

Nesse momento, torna-se necessário tecer algumas considerações sobre multidisciplinaridade e interdisciplinaridade para melhor entender o caminho de construção das equipes multidisciplinares de saúde, de forma que suas práticas diárias possam refletir um trabalho integrador, pensando sempre no bem-estar do ser humano, numa assistência coletiva à saúde, qualidade de vida, em que o paciente possa ser visto como único, na sua subjetividade.

Para Feuerwerker e Sena (1999), ao nos reportamos à organização e à produção do conhecimento, não se deve deixar de considerar a complexidade do mundo e da cultura que não permite que vejamos os diversos contextos isoladamente, uma vez que não conseguimos prever os tipos de problemas. A solução desses problemas pressupõe o diálogo entre saberes e disciplinas na construção do conhecimento, considerando que o ser humano é infinito nas suas

possibilidades e sempre se sente desafiado na busca de novos conhecimentos. Portanto, para os autores, a interdisciplinaridade aponta para contribuir com tamanho desafio; um conceito que se aplica tanto às ciências quanto à produção do conhecimento e ao ensino.

Almeida Filho (2000) defende que a estratégia de organização da ciência, baseada na fragmentação do objeto e numa crescente especialização científica do sujeito, tem sido designada como disciplinaridade. Para tanto, objetivando aprofundar essa discussão, o referido autor traz de Jantsch (1972), elementos para classificação das alternativas de interação ou integração na qual a multidisciplinaridade refere a um conjunto de disciplinas destinadas a tratar de forma simultânea uma mesma questão, problema ou assunto, sem que haja relações efetivas entre as pessoas que as desenvolvem, ou seja, não existe a obrigatoriedade de uma cooperação sistemática entre os diversos campos disciplinares.

No tocante à interdisciplinaridade, o autor afirma que esta rompe com os limites da disciplinaridade, pressupondo a existência de linguagem comum e uma conexão entre as disciplinas. As disciplinas atuam de forma que vai além da integração e mediação, assume o papel de coordenadora do campo disciplinar. (JANTSCH, 1972 apud ALMEIDA FILHO, 2000)

Ainda sobre interdisciplinaridade, remetemo-nos à concepção de Vilela e Mendes (2003), a partir da contribuição de Meireles (1999) em que esta pressupõe uma inter-relação e interação das disciplinas de forma a atingir um objetivo comum. Para isto, as potencialidades das disciplinas devem ser exploradas e ampliadas pressupondo interdependência. Nesse momento, torna-se necessário priorizar o diálogo com outras formas de conhecimento, estar aberto a mudanças para que se percebam novas realidades e necessidades, em que o homem se sinta desafiado em buscar novos conhecimento e saberes frente à dinâmica do mundo atual.

Considerando que a interdisciplinaridade aponta para a superação da disciplinaridade, e que o trabalho em saúde tem como desafio maior o atendimento integral ao ser humano, a prática multidisciplinar e a abordagem interdisciplinar apontam para atender às diversas dimensões e limites desse processo. (FEUERWEKER; SENA, 1999)

Assim, a integralidade, posta como um dos princípios do SUS, traz um desafio para o sistema de saúde, no sentido de reorientar seus processos de trabalho em que as suas ações contemplem ao mesmo tempo o indivíduo, a comunidade, a

prevenção, a promoção e tratamento, de forma a valorizar o ser humano. (AZEVEDO NETO, 2004)

Portanto, a produção do trabalho em saúde baseado em ações individuais, tanto por parte dos serviços como pelos profissionais, que conseguem perceber a ausência da saúde, manifestada apenas pelo surgimento de sinais e sintomas, não são suficientes para atender às necessidades e problemas de saúde da população.

Para Araujo e Rocha (2007), o setor saúde tem buscando romper com a fragmentação do conhecimento; assim, tem vivenciado a necessidade de inserção da interdisciplinaridade como realidade diária no trabalho, de maneira que a atenção não esteja voltada apenas para a doença, mas para o processo saúde-doença.

É nesse contexto que o trabalho em saúde produzido em equipe surge como proposta de rompimento de um modelo assistencial, marcado pela “[...] fragmentação da assistência, pela consideração do corpo biológico como objeto de trabalho, pela centralidade das ações nos atos médicos e medicalizadores”. (FORTUNA et al., 2005, p. 263)

Porém, uma prática de trabalho multidisciplinar de saúde que se configura apenas pela inter-relação de equipes compostas por diversas categorias profissionais não atende de maneira satisfatória à autonomia do usuário e ao desenvolvimento do processo de saúde e condições de vida.

Torna-se necessário que a integralidade das ações seja contemplada, visando um atendimento global que promova a saúde; portanto, defender a integralidade é ir de encontro a uma prática intersubjetiva de saúde proposta pelo SUS, em que os profissionais de saúde se relacionem com sujeitos e não com objetos. (MATTOS, 2004)

Ainda para Silva Junior (1998) citado por Severo e Seminotti (2010, p. 1686), defender a integralidade, “[...] implica uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos e uma afirmação da abertura para o diálogo”.

Nesse sentido, para Feuerwerker e Sena (1999), o trabalho em equipe multidisciplinar implica construções de novas práticas e saberes, portanto não se evidencia apenas através da interação democrática entre os diferentes atores.

Segundo Costa, Enders e Menezes (2008), o trabalho em equipe multidisciplinar pressupõe uma visão orientadora no desenvolvimento do processo de trabalho em saúde, de maneira que as ações incidam diretamente nos fatores determinantes do processo saúde-doença, e que a interação das ações e dos

diversos profissionais seja uma realidade vivida na prática diária dos serviços de saúde.

Para os autores Severo e Seminotti (2010), tem como significado um fazer coletivo em que cada profissional veja tanto a sua presença como o seu trabalho indispensável na composição da equipe, no serviço e na organização em que está inserido. Esse novo olhar no contexto do processo de trabalho em saúde é que rompe com a visão do trabalho fragmentado e descontextualizado, buscando construir com o outro um trabalho integral enquanto membro da equipe, com o usuário e com o sistema no qual está inserido. Eles ressaltam que deve ser considerado o modelo de gestão, pois nesse processo estão envolvidas dimensões tanto dos profissionais como dos serviços de saúde, razão pela qual não são mudanças fáceis de processarem.

Nesse sentido, Severo e Seminotti (2010) ressaltam que a visão verticalizada de gestão não permite que os trabalhadores vivenciem amplamente a sua autonomia enquanto agente e, conseqüentemente, a sua contribuição na produção da saúde. Em contrapartida, os modelos de gestão que contemplam colegiados e espaços de coparticipação permitem que os trabalhadores vivenciem suas experiências de forma responsável, porém com autonomia, valorizando assim a sua iniciativa e competência. Ainda para Severo e Seminotti, (2010, p. 1687), “[...] a ausência de reflexão nas equipes multiprofissionais favorece a repetição de lógicas embasadas na separação entre disciplinas e seus diferentes objetos de estudo e intervenção”.

Contribuindo para que a integralidade possa atravessar os espaços individuais e coletivos no interior das instituições, a equipe multidisciplinar de saúde deve ser percebida como elemento facilitador desse processo através da prática de um trabalho interprofissional e interdisciplinar proporcionado pelo conjunto de saberes, conhecimentos e experiências trazido por cada um. (SEVERO; SEMINOTTI, 2010)

Nesse sentido, para Matos, Pires e Campos (2009), remetendo-se a estudos anteriores de Campos (2000) e Matos (2002), a interdisciplinaridade faculta a prática diária de um trabalho mais integrador e articulado, no sentido de promover no trabalhador reflexão tanto quanto a forma com que cada um atua no seu trabalho, como em relação à qualidade do resultado.

No entanto, Matos, Pires, e Campos (2009, p. 846) ressaltam que ao se analisar as relações de trabalho no interior das equipes multidisciplinares deve-se considerar como acontece efetivamente o processo de trabalho e qual a compreensão da equipe acerca de seus componentes (finalidade, objeto, instrumentos, força de trabalho) com o objetivo de obtenção de resultados.

Inteirando essa linha de pensamento quanto à interdisciplinaridade, Matos, Pires e Campos (2009, p. 864) concordam com a posição de Campos (2000) e Matos (2002), no entanto reconhecem a dificuldade dessa realidade ser legitimada no processo de trabalho em saúde e na prática diária dos seus serviços.

Para Gomes (1997), citado por Santos e Cutolo (2003, p. 72),

[...] o saber interdisciplinar propicia, ao profissional de saúde, condições de perceber o homem como um todo, estimulando-o a desenvolver uma visão multidisciplinar que transcenda a especificidade do seu saber, no sentido de facilitar a compreensão das implicações sociais, decorrentes da sua prática, para que esta possa se transformar realmente num produto coletivo eficaz.

Vivemos um momento na saúde, em que cada vez mais os serviços buscam a melhor forma de atender às necessidades de saúde dos seus usuários e as suas expectativas, quando assim é possível. Para tal, busca-se uma organização do trabalho em que a equipe multidisciplinar de saúde, eixo desse objetivo, possa atender cada vez melhor aos pacientes. Nesse sentido, a organização hospitalar deve buscar meios para que a prática do trabalho interprofissional contribua com a inserção de uma prática interdisciplinar, integrando as intervenções técnicas que são imprescindíveis para o desenvolvimento de uma assistência e um cuidado à saúde que reflita a realidade dessa equipe. (SEVERO; SEMIOTTI, 2010)

Para Matos, Pires e Campos (2009, p. 864), as mudanças propostas para a prática do trabalho interdisciplinar se afastam do modelo Taylorista-Fordista e se aproximam dos chamados “novas formas de organização do trabalho” (NFOT), uma vez que o trabalho desenvolvido sob essa ótica leva em consideração não só a necessidade de burocratização dos serviços como também valoriza os trabalhadores para que esses desenvolvam suas atividades laborais em consonância com os processos internos das organizações. Também é levado em consideração o seu elo

de ligação com o usuário para obtenção de resultados, a partir da forma com que esse trabalho é desenvolvido.

Nesse sentido, Peduzzi (2001) ressalta que o trabalho em equipe não pretende desconsiderar as especificidades dos trabalhos; pelo contrário, as diferenças técnicas devem ser entendidas como fator facilitador para a divisão do trabalho com vista à qualidade dos serviços prestados. No entanto, essa é uma concepção entendida apenas a partir do momento em que cada especialidade percebe esse ambiente como oportunidade de ampliação de seus conhecimentos e experiências, mas também que possa favorecer uma maior produção.

Sobre esse aspecto, Schraiber e outros autores (1999) afirmam que o trabalho em equipe é o que se compartilha, negociando-se as distintas necessidades de decisões técnicas. Devendo para tanto, considerar as bases distintas de julgamento e tomada de decisões dos profissionais quanto aos cuidados que serão prestados pela equipe. No entanto, para os autores, o planejamento e a gestão dos serviços de saúde devem considerar a dependência dos diversos trabalhos especializados, portanto pressupõe uma relação de complementaridade e interdependência entre si o que por outro lado favorece constantemente um espaço de tensão trazido a partir da autonomia técnica que cada profissional busca ampliar.

Para Pinho (2006), apesar do ambiente vivenciado pelas equipes de saúde possuir elementos facilitadores para o desenvolvimento do seu trabalho, traz também uma especificidade que está relacionada à difícil convivência entre especialistas.

Este fator é destacado por Mendes e outros autores (2000) a partir dos estudos de Morgan (1998), quando o mesmo afirma que na relação interpessoal cada indivíduo vê o mundo através de suas lentes, portanto o conceito do que é certo se dá pelas suas concepções pessoais e que nem sempre coincide com as do outro. Portanto, através da abertura trazida por cada membro que compõe a equipe multidisciplinar de saúde, a comunicação pode se constituir como elo, para se produzir espaço múltiplo, pessoal e emocional partir do outro.

Nesse contexto, outra contribuição trazida por Matumoto e outros autores (2005), com base nos estudos de Guimón (2002), é o reconhecimento de dificuldades para o desenvolvimento do trabalho em equipe. Os autores destacam como fatores limitantes, elementos de ordem técnica, porém destacam sobremaneira

os de ordem interpessoal, portanto essa equipe deve ser gerida com o objetivo de favorecer a flexibilização nas relações.

É próprio do ser humano conceber preconceitos a respeito do outro. A este respeito, Fortuna e outros autores (2005) alertam que essa também é uma realidade presente no interior das equipes multidisciplinares; no entanto, para que o trabalho da equipe consiga ser um processo de relações, essas imagens devem ser reorganizadas. Assim, as relações influenciam o trabalho na mesma proporção que o trabalho influencia as relações no interior das equipes. (FORTUNA et al., 2005)

Com a intenção de fortalecer os vínculos entre os membros da equipe e criar espaço comum para que a mesma possa ampliar seus conhecimentos através da troca de experiência e de estudos, a reunião periódica no local de trabalho pode ser vista como elemento facilitador. Pois, entende-se que este é o momento em que a equipe pode refletir como vem desenvolvendo seu trabalho e enfrentando os problemas, de modo que a sua prática diária reflita uma realidade planejada e construída pela equipe, contribuindo inclusive para fortalecer a convivência entre os especialistas.

No entanto, Fortuna e outros autores (2005) chamam a atenção que as reuniões da equipe, que em princípio parecem fáceis de acontecer, podendo ser percebidas como grande oportunidade de apreender novos conhecimentos, saberes, práticas, mas também é um momento de fala e escuta, que podem surgir contradições, disputa de poder e valores, e nem sempre, embora as vezes inconsciente, as diversas especialidades que estão reunidas se abrem para o movimento de mudanças.

Nesse momento, Schraiber e outros autores (1999) concordam com os autores e ressaltam o fato dos membros dessa equipe trazerem uma autonomia técnica, que podem gerar situações de poder levando a tensões internas, principalmente por parte de algumas áreas profissionais, em que a sua formação possibilita uma atuação mais independente. Após alguns estudos, pode-se verificar que, devido à sua formação e cultura, o profissional médico vem produzindo uma prática com maior autonomia e decisão técnica, trazendo isso como um entendimento de ação individual.

2.4.2 As Relações de Poder nos Serviços e Equipes de Saúde

Quando nos reportamos à equipe multidisciplinar de saúde, partimos do princípio de que cada membro que a constitui tem um papel significativo na assistência. No entanto, a relação de confiança e respeito são elementos que devem ser construídos no ambiente de trabalho, principalmente através da comunicação e do respeito mútuo, e esse aspecto depende também da gestão da organização e da construção de um clima organizacional favorável à sua construção.

No contexto da crise da saúde pública no Brasil estão envolvidos aspectos de ordem histórica, econômica, social, política e moral, no entanto, de maneira significativa, destaca-se a medicina uma vez que a prática médica, como vem se processando, baseada na produção de procedimentos médicos, atua diretamente na doença e cura, deixando de considerar a importância que representa a promoção da saúde na vida das pessoas e da sociedade. (GARIGLIO; RADICCHI, 2008)

Peduzzi (2001) ressalta que a prática médica é fundadora da técnica científica moderna, a partir da qual procederam outros trabalhos especializados. Assim, o conjunto desses trabalhos é responsável pela diversificação de áreas profissionais.

Em relação ao trabalho e ao profissional médico, Merhy (1998 apud GARIGLIO RADICCHI, 2008, p. 154) ressalta que:

O trabalho médico pode ser entendido como um paradoxo tanto como dispositivo estratégico para implantar um modelo de atenção à saúde descompromissado com o usuário, quanto uma ferramenta a desarmá-lo e produzir um novo modo de agir em saúde.

Sobre esse aspecto, Schraiber e outros autores (1999) afirmam que na prática do trabalho médico, ainda que exista subliminarmente uma interconsulta com agentes de outras especialidades, a sua conduta pode acontecer sem discutir o parecer do outro, ou simplesmente desconsiderar, valendo-se apenas do seu posicionamento e poder de decisão tanto diante da conduta terapêutica como diante da organização. A autora alerta ainda que, no interior das equipes, as interconsultas acontecem muito mais pela relação de confiança do que na presença de vínculos formais dentro de um serviço.

Entende-se, pois essa interconsulta como elemento importante para o trabalho em saúde e para a construção do vínculo de confiança dentro da equipe multidisciplinar, uma vez que essa se torna imprescindível para que se processe a

interação e a comunicação em busca de uma prática diária ao atendimento do paciente que reflita a produção do trabalho em equipe.

Para Oliveira e Collet (2000), a produção dos serviços médicos nas organizações hospitalares torna-se mais evidente, pois o modelo de assistência constitui-se a partir do diagnóstico e do tratamento, que são instituídos somente após o parecer do profissional médico.

Quanto à posição da organização hospitalar diante do profissional médico, Gariglio e Radicchi (2008, p. 162) alertam que esta deve pensar nesse profissional como “sujeito médico”, grifo do autor, e deixar de conceber como “naturalização” o modo de ser desse profissional no interior dessas organizações. Esse tipo de relação traz aos gerentes e gestores o entendimento preconcebido de “guerra perdida”, diante uma inquestionável autonomia.

São contextos como esses que nos levam a refletir a possibilidade de relações de poder ainda mais fortes quando essas se processam no interior de uma equipe multidisciplinar com profissões, cujas autoridades e competência técnica lhe conferem um determinado poder e valoração na sociedade. Nesse sentido, a comunicação deficitária pode levar a decisões individuais que não refletem a melhor resposta diante de uma situação.

Ressalta-se, no entanto, que neste processo torna-se necessário que cada profissional reconheça que a produção do seu trabalho deve acontecer de forma interdependente, de maneira a desencadear a articulação das ações, respeitando sempre a autonomia técnica de cada profissão, mesmo reconhecendo as diferenças sociais e técnicas de cada uma.

É a partir do entendimento da complementaridade do trabalho realizado por cada agente, da autonomia técnica e articulação das ações que irá manifestar-se o produto concreto do trabalho produzido com eficiência e eficácia manifestado através da interação, não cabendo, portanto, intolerâncias ou submissão a relações hierárquicas e regras técnicas do trabalho. (SCHIRAIKER et al., 1999)

Nesse processo, Gariglio e Radicchi (2008), a partir dos estudos de Freire (1996), ressaltam a importância das escolas médicas e os serviços de saúde no Brasil, como mentoras em produzir mudanças de forma a integrar os conteúdos acadêmicos à realidade de saúde da população. Desse modo, percebe-se um movimento das academias que vem implementando as grades curriculares no curso

de Medicina, voltando-se para uma formação mais generalista e humanizada de forma a inserir os alunos nos serviços públicos de saúde o quanto antes.

Nesse sentido, Gariglio e Radicchi (2008, p. 161) nos trazem para reflexão: que tipo de profissional se quer formar? Para responder, ele se remete à contribuição de Merhy (2002), que diz: “[...] devemos apostar na formação de um profissional que deverá ter a capacidade de dispor de uma caixa de ferramentas tecnológicas, cujo compromisso - objetivo é produzir o cuidado em saúde [...]”.

Por fim, Gariglio e Radicchi (2008), com base nos estudos de Campos (2000), ressaltam a importância dos serviços de saúde na formação profissional, acreditando que o trabalho se revela como local de aprendizagem e de formação dos sujeitos, uma vez que é nos serviços de saúde que estão os usuários com os mais diversos problemas, porém manifestados sobre a necessidade de saúde e que trazem a expectativa de serem bem atendidos.

Quanto às relações de poder, Fortuna e outros autores (2005) afirmam que essas vão sendo construídas no interior das equipes e o grau de poder das pessoas é que determina a hierarquia. Historicamente, algumas profissões foram adquirindo poder, como os profissionais médicos, no entanto esse poder vem sendo transferido para o interior das equipes, o que pode dificultar a sua inserção de uma forma não verticalizada e sim mandando. Essa relação de poder passou a existir também entre o enfermeiro e o médico, e ainda do enfermeiro no controle com os outros trabalhadores nas organizações de saúde. Essas relações fazem parte da realidade das equipes e dos serviços e, portanto, precisam ser reconhecidas e desveladas tanto por cada indivíduo inserido no processo como por parte da gestão das organizações e serviços, visto que essas disputas não contribuem positivamente para a organização e qualidade do atendimento.

Por fim, acredita-se que o compromisso de todos os atores envolvidos no processo é que irá determinar, na prática, um modelo assistencial. Pois cada usuário que procura o serviço, com as mais diversas necessidades, pode ajudar na formação de profissionais comprometidos, que perceberá nas outras especialidades a complementaridade do trabalho, impulsionando a constituição de vínculos que resultará na integração da assistência e interação dos agentes, principalmente o profissional médico que enxerga a sua autonomia técnica, como sinônimo de trabalho isolado.

2.4.3 Comunicação como Estratégia para a Gestão do Trabalho em Equipe

A partir do entendimento de Guareschi (2000), quanto à presença da comunicação nas nossas vidas, ele afirma que essa é responsável pela construção da realidade, e que por sua vez detém o poder. A comunicação pode nos levar a construção de ideias e conceitos tanto de maneira individual como coletivamente, a depender do tipo de lugar e espaço que ocupe.

Ainda segundo Guareschi (2000), o nosso ritmo diário é cada vez mais apressado e a forma com que conseguimos nos comunicar vai tecendo simbolicamente o nosso jeito de ser, do papel e lugar que ocupamos na sociedade na qual estamos inseridos. Pode-se então pensar que tipo de ser humano queremos ser. Se engessados ou se conseguiremos ser autônomos e fazer parte de processos de mudanças, se assim julgarmos necessário.

No contexto das organizações, toda atividade que envolva duas ou mais pessoas está presente o elemento da comunicação. Trazendo a comunicação para o contexto das organizações hospitalares, percebe-se que essa se constitui na essência do comando. (RIBEIRO, 1977)

Reforçando a importância nos processos de comunicação nas empresas Chanlat e Bédard (1996) lembram-nos da grande conquista que vem sendo construída pela sociedade ocidental, quanto à emancipação das pessoas, na conquista dos seus direitos de expressão. Nesse contexto, e uma vez vivendo numa sociedade democrática, nenhum ocidental pode deixar de reconhecer seu papel de cidadão e que esse deve ser estendido igualmente no ambiente de trabalho.

Ao nos referirmos ao setor saúde, mais especificamente nas organizações hospitalares, essas cada vez mais procuram se estruturar e organizar de forma a atender melhor aos pacientes sob sua responsabilidade. No entanto, por mais que se processem evoluções tecnológicas nessa área, são organizações cujo tipo de serviço prestado, predominantemente será desenvolvido por seres humanos que cuidam da saúde de outros seres humanos e em alguns momentos lidam com a dor e o sofrimento humano, até mesmo a morte.

Nesse sentido, percebe-se a comunicação como importante elemento no contexto desses serviços, devendo transcender todos os limites técnicos e hierárquicos, a fim de ser processada da forma mais objetiva e pura possível, contribuindo cada vez melhor com o processo de trabalho em saúde.

Gastão Campos (1994, p. 46) enfatiza a riqueza de trazer para o ambiente de trabalho e para o interior das equipes, a valorização da fala e da escuta. Lembrando sempre do espaço limite de cada um, da tolerância e respeito à opinião do outro, “sem o apoio de quem cada um que quedará impotente na maioria das situações”. Pode contribuir como oportunidades para reorganizar nossos conhecimentos e saberes ou a construção de novos, impulsionando-nos a sair da acomodação frente à nova atuação e prática enquanto profissional e membro da equipe.

O autor afirma ainda que sem oportunizar esse importante espaço de fala e escuta dos profissionais, doentes e sociedade, não se construirá verdadeiramente uma efetiva comunicação entre profissionais/pacientes e entre serviços/comunidade, salientando que essa é uma forma de contribuir para que o homem construa sua autonomia em relação à sua prática de saúde.

Concordamos com o posicionamento do autor, pois dentro de uma perspectiva de atenção integral, formação de sujeitos trabalhadores autônomos e responsáveis, pressupõe novas formas de relações entre profissionais, serviço e paciente, porque percebemos o paciente contribuindo ativamente no processo de cuidado, recuperação da saúde e qualidade de vida.

Na concepção de Morin, trazido por Severo e Seminotti (2010, p. 1694), é através da rotina do trabalho em saúde desenvolvido em equipe, no contexto interdisciplinar e intermultidisciplinar que a intercomunicação entra nas relações humanas, construindo possibilidades de vivências que nos desafiam à complexidade.

Conforme Fortuna e outros autores (2005), a comunicação representa um importante indicador para a convivência em equipe. Assim, no desenvolvimento do trabalho em equipe, a comunicação fluente favorece a troca e é vista como facilitadora, ao tempo em que a comunicação deficitária torna-se um elemento dificultador. No interior da equipe, a comunicação deve ser valorizada e permear todo o trabalho, assim como a forma de comunicar-se deve ser clara, mas pode variar a depender da circunstância.

Por fim, apesar de as atividades de saúde serem desenvolvidas diariamente pela mesma equipe, é imprescindível o tipo de relação que vai sendo construído, no sentido de oferecer uma assistência integral, pois a depender da gravidade do paciente, a equipe precisará readaptar seu plano de cuidados, de forma que o mesmo possa recuperar o quanto antes, a sua autonomia e independência. Sendo

assim, as relações estabelecidas pela equipe pressupõem um canal de comunicação franca, como elo para que cada profissional sinta-se confortável para se expressar tanto como membro da equipe quanto da organização, como em estabelecer uma relação de confiança com o paciente.

3 O PERCURSO METODOLÓGICO

Para o desenvolvimento do presente estudo, objetivando responder ao problema, alcançar os objetivos propostos e ir ao encontro de respostas que se aproximassem da realidade observada, adotou-se a abordagem qualitativa. Para Minayo (2010), esse procedimento metodológico proporciona o aprofundamento no mundo dos significados e da intencionalidade, próprio dos atos e relações.

Este estudo buscou compreender a realidade vivenciada pelos profissionais de saúde que desenvolvem o trabalho cotidiano em equipe multidisciplinar de saúde em organização hospitalar, portanto tem caráter exploratório e descritivo.

3.1 A ENTRADA NO CAMPO PARA COLETAR INFORMAÇÕES

O trabalho de campo foi realizado diretamente pela pesquisadora. Em abril de 2010, foi feito um contato prévio com algumas organizações hospitalares junto aos setores de Recursos Humanos, Ensino e Pesquisa, conforme a configuração de cada hospital. Nesse contato, a pesquisadora expôs o objeto de sua pesquisa, buscando assim o grau de interesse das mesmas em participar como campo de investigação.

Em maio de 2010, o projeto de pesquisa foi apresentado à UNIFACS, tendo sido qualificado. Em julho, foi entregue cópia do projeto em todos os hospitais contatados anteriormente, assim como outros, juntamente com uma carta em que a universidade apresentava a pesquisadora e inteirava a importância daquela organização para o desenvolvimento da pesquisa. (ANEXO A) Em agosto, recebemos parecer favorável de uma organização hospitalar, e nesse momento o projeto foi protocolado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da referida universidade, para avaliação.

Em 16 de setembro, fomos informados pelo CEP parecer favorável ao desenvolvimento da nossa pesquisa, o que me permitiu adentrar nos cenários do estudo para proceder à coleta de informações.

Nesse momento, foi retomado o contato com os responsáveis dos respectivos hospitais, tendo sido apresentado e fornecido o termo de Aprovação do Comitê de Ética, e também traçado um plano de execução para a coleta de dados.

Destaca-se que o apoio e a receptividade por gestores, membros da equipe multidisciplinar de saúde e demais funcionários de cada organização foi fundamental para esta pesquisa. Cada um contribuiu de forma especial e única, ora disponibilizando salas, ora facilitando a participação dos profissionais na entrevista, mesmo em horário de trabalho e ainda permitindo o meu acesso à unidade para realizar a entrevista, no caso da UTI, que é uma unidade fechada e alguns profissionais não tinham como sair e nem dispunham de outro horário para conceder a entrevista, ressalta-se que, pelo fato da pesquisadora ser enfermeira possibilitou esse acesso.

3.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Neste estudo, o instrumento de coleta de dados utilizado foi a entrevista guiada por um roteiro semiestruturado composto de perguntas abertas. (APÊNDICES A e B)

Foi utilizado ainda um *Roteiro para levantamento de dados sociodemográficos para todos os profissionais de saúde e gestores* com perguntas fechadas para caracterização dos sujeitos da pesquisa. (APÊNDICE C)

Ressaltando-se que o roteiro de entrevista foi avaliado por diferentes especialistas na área da saúde, de organizações hospitalares distintas que aceitaram participar da entrevista como teste piloto. A testagem apontou o instrumento de pesquisa como satisfatório, em que o conjunto de perguntas contemplava elementos e processos que envolvem o trabalho em equipe multidisciplinar de saúde.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da investigação foram os profissionais de saúde de nível superior do quadro funcional da organização hospitalar e que fazem parte da equipe

multidisciplinar das unidades de internação¹, clínica médica cirúrgica e UTI, assim como os profissionais gestores dessas unidades, campo dessa investigação, que estavam em pleno exercício profissional e que aceitaram participar da pesquisa.

No Hospital A, a pesquisa empírica foi realizada com os profissionais da unidade clínica médica cirúrgica I, identificada no organograma organizacional como Clínica Médica Cirúrgica I (CMCI), sendo que um dos entrevistados pertencente à equipe da clínica médica cirúrgica V, identificada no organograma organizacional como clínica médica cirúrgica V (CMCV), essa clínica é de pronto atendimento, local onde são atendidos e encaminhados para internação, caso necessário, pacientes para a CMC I. As categorias profissionais que participaram da entrevista foram: farmacêutico(a), fisioterapeuta, enfermeiro(a) e nutricionista.

Já no Hospital B, a pesquisa empírica foi realizada com os profissionais da UTI geral adulta. As categorias profissionais que participaram da entrevista foram: assistente social, fisioterapeuta, enfermeiro(a), médico(a) e psicólogo.

No total, participaram do estudo 13 profissionais, sendo que o anonimato foi elemento preservado durante toda a pesquisa. Para tanto, adotamos uma distinção para cada entrevistado, que passaram a ser identificados com o nome “entrevistado” em maiúsculo, seguido de uma numeração e da denominação do hospital pelas letras A e B entre parêntese: (ENTREVISTADO 1, 2 – HOSPITAL A, B) e assim sucessivamente.

Como critério de seleção, optamos em trabalhar com os profissionais que tinham pelo menos um ano de experiência e/ou já tivesse uma grande identificação junto aos demais membros da equipe, esse foi um período de tempo que julgamos necessário para que o profissional conhecesse a política do hospital, a forma de trabalhar da equipe e que já pudesse estar integrada à mesma, e que manifestaram disponibilidade em participar da entrevista. A entrevista realizada com o(s) gestor(es) da área administrativa dessas unidades seguiu o mesmo critério.

A vertente qualitativa do estudo possibilita que a delimitação do número de sujeitos seja definida ao longo da coleta de dados, reforçando que o critério numérico não é fator determinante de garantia de representatividade. Entendendo

¹ A Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1977, p. 12) conceitua a Unidade de Internação ou Unidade de Enfermagem como “[...] o conjunto de elementos destinados à acomodação do paciente internado, e que englobam facilidades adequadas à prestação de cuidados necessários a um bom atendimento.”

que o contingente de atores deva refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. (MINAYO, 2010)

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Cada etapa dessa pesquisa foi conduzida a partir de critérios e preceitos éticos, considerando sempre as pessoas e as organizações que fizeram parte da construção de todo esse processo.

Para tanto, visando respeitar os princípios éticos emanados da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto dessa investigação foi submetido ao crivo do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Salvador (UNIFACS), tendo sido aprovado em 13 de setembro de 2010 por meio do Protocolo nº. 04.11.21. (ANEXO B)

A Resolução nº196/96, do Conselho Nacional de Saúde, incorpora “[...] os quatro referenciais básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros como a anonimato dos participantes e dos campos de pesquisa, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado”. (BRASIL, 1996, p. 2)

Sendo assim, antes de iniciarmos cada entrevista, tanto o entrevistado como a pesquisadora assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, ficando cada um com uma via. (APÊNDICE D)

As organizações hospitalares onde foram desenvolvidas as pesquisas empíricas serão comunicadas sobre os resultados da mesma, como forma de retribuir à organização e aos profissionais que participaram da pesquisa. Para isso, há o compromisso de entregar um exemplar da dissertação de mestrado ao hospital, assim como de apresentar os resultados obtidos, se assim o desejarem, para socialização com os gestores e a equipe multidisciplinar de saúde.

3.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Como estratégia para coleta de dados, utilizou-se a técnica de entrevista. Segundo Minayo (2010), essa técnica tem como pressuposto orientar uma “conversa com finalidade” que pode ser realizada a dois ou com vários interlocutores, a qual

deve ser a facilitadora de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação.

A coleta de dados foi iniciada e concluída no Hospital A, e em seguida a coletamos dados no Hospital B. Para as entrevistas foi utilizado gravador digital e foram transcritas à medida que eram concluídas.

A entrevista foi dividida em dois momentos: no primeiro momento foram realizadas perguntas fechadas e de igual conteúdo, que foram preenchidas através da ficha de caracterização.

No segundo momento foram realizadas perguntas abertas, nas quais buscamos identificar elementos que só seriam possíveis através da participação das pessoas e que nos levassem a responder o problema desta pesquisa.

Os dados foram coletados em períodos previamente agendados com cada sujeito. Assim, procurou-se sempre deixar a critério de cada um a escolha do local, data e horário, de forma a respeitar suas rotinas. Vale ressaltar que nos dois hospitais todos os sujeitos preferiram realizar a entrevista dentro do próprio hospital, devido à disponibilidade de tempo em turnos opostos.

No Hospital A, para a realização das entrevistas foram necessários três períodos para conclusão, sendo dois matutinos e um vespertino, entre os dias 29 de setembro e 5 de outubro de 2010.

Nesse Hospital foram disponibilizados diversos ambientes para a realização das entrevistas; em todos eles tanto entrevistados quanto pesquisador teve privacidade e tempo para o desenvolvimento de um diálogo aberto que aprofundasse ao máximo a oportunidade da pesquisa empírica, dentro da experiência de cada entrevistado com o tema da nossa pesquisa. Durante algumas entrevistas fomos interrompidos pelo toque do telefone, mas logo em seguida os entrevistados solicitaram que não fosse passada nenhuma ligação para o local.

No Hospital B, para a realização das entrevistas, foram necessários três períodos para conclusão, sendo um período matutino e dois vespertinos, entre os dias 4 e 9 de novembro de 2010. Ainda no Hospital B, duas entrevistas foram realizadas em ambiente de total privacidade; e duas entrevistas foram realizadas na sala de espera da UTI, e em alguns momentos precisamos interromper a nossa entrevista pela chegada de pessoas que utilizavam o bebedouro ou pela entrada de familiares dos pacientes que se encontravam internados na unidade, uma vez que

se aproximava o horário de visita. As outras duas entrevistas foram realizadas dentro da própria unidade, pois os profissionais não podiam se ausentar.

3.6 TÉCNICA DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Nos dizeres de Leopardi (2002), ao depararmos com uma situação complexa, a forma de desvendá-la é desdobrando-a por partes, de forma que a apreensão a retrate o mais completo possível. Nesse sentido, a autora entende que a análise compreende, pois em dividir o evento amplo e geral em partes para apropriarmos de suas características.

Para tanto, a análise dos dados foi realizada após a transcrição das entrevistas em documento no Programa *Microsoft Word*, versão 2007, sob nossa inteira responsabilidade, apesar de contar com a colaboração de uma aluna de iniciação científica do Núcleo de Estudos Organizacionais e Tecnologia de Gestão (NEOTEG), ao qual esta pesquisa está ligada. Em seguida, eram ouvidas e comparadas com as referidas transcrições, fazendo os ajustes de linguagem que fossem necessários e tendo sempre o cuidado de refletir com mais proximidade a fala do entrevistado.

Inicialmente, as transcrições dos dados foram organizadas e classificadas e para procedermos ao tratamento utilizamos a Análise de Conteúdo. Conforme Minayo (2010), na pesquisa qualitativa essa é a expressão que melhor representa o tratamento dos dados.

Bardin (1979, p. 42) define a Análise de Conteúdo como:

Um conteúdo de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produto/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Nesse sentido, concorda-se com a autora, pois, tanto durante a realização das entrevistas como no tratamento dos dados, até a análise fizeram-se necessárias muitas idas e voltas que permearam as minhas inquietações desde a construção e (des) construção das questões de pesquisa e objetivos buscando assim encontrar na riqueza de cada fala dos sujeitos o subjetivismo pessoal que nos levassem a resposta o mais próximo da realidade de trabalho de cada equipe multidisciplinar.

A análise de conteúdo como método, não possui qualidades mágicas e raramente se retira mais do que nela se investe e algumas vezes até menos. No fim das contas, nada há que substitua as idéias brilhantes. (BERELSON, 1952 apud BARDIN, 1979, p. 20)

Desse modo, a análise desta pesquisa embasou-se na técnica da análise de conteúdo na modalidade análise temática, que é apontada por Minayo (2010) como mais apropriada para pesquisa qualitativa em saúde.

Essa modalidade consiste em descobrir os pontos significativos para conduzir uma comunicação representativa com relação ao objeto que se quer estudar. Operacionalmente, desdobra-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. (MINAYO, 2010)

Na etapa da pré-análise foi realizada uma leitura minuciosa das entrevistas, para que se percebessem cada fala e a maneira como essas eram colocadas e exploradas ao longo do diálogo, tentando ao máximo reviver o ambiente e a oportunidade trazida pela riqueza do convívio entre pesquisadora e entrevistado.

Neste momento, a sensação foi de perplexidade diante da riqueza de informações; mas, à medida que retomei as questões norteadoras, os objetivos da pesquisa e as construções teóricas relacionados ao tema, pude perceber sutilezas que me nortearam a ultrapassar essa sensação inicial.

Sob a perspectiva da análise qualitativa, concluí que os documentos analisados contemplaram de maneira satisfatória aos aspectos levantados no roteiro de entrevista a partir da visão dos entrevistados. Nesse sentido, os sujeitos trouxeram elementos e características representativas ao universo pretendido, assim como as entrevistas mostraram-se adequadas para contemplar os objetivos pretendidos no trabalho.

Por isso, fizeram-se necessárias leituras minuciosas a partir dos dados coletados, que foram sendo organizados de maneira lógica, à medida que as falas norteavam para uma mesma linha de ideias, confrontando com as questões e objetivos propostos. Aos poucos se foram delimitando as frases e expressões, as quais foram agrupadas, surgindo desse modo a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos mais gerais que orientaram a análise.

Quanto à exploração do material, esta etapa constituiu-se numa operação classificatória de maneira que pudéssemos alcançar o núcleo de compreensão do

texto. Então, foram criadas categorias que contemplassem cada representação e a partir de onde os conteúdos foram organizados; em seguida foram feitos recortes tirados de cada fala, que foram inseridos dentro de cada categoria. Esse momento trouxe-me visualizações minuciosas que estavam subliminarmente nas falas, permitindo ainda a criação de subcategorias a partir de cada particularidade. Salientamos que nesse momento não utilizamos nenhuma regra de contagem, contudo as falas dos sujeitos foram agregadas por similaridade.

As fases de leitura, interpretação, organização e identificação dos dados resultaram na construção de cinco categorias e 15 subcategorias para os entrevistados, membros da Equipe multidisciplinar, quatro categorias e duas subcategorias para os entrevistados Gestores.

Quadro 3: Categorias e subcategorias de análise – Equipe multidisciplinar

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1 – CONCEPÇÃO DO TRABALHO EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE	1.1 O trabalho em equipe multidisciplinar tem como objetivo o atendimento ao paciente 1.2 O trabalho em equipe multidisciplinar exige coparticipação, comunicação e interação da equipe multidisciplinar 1.3 O papel de cada membro na equipe multidisciplinar
2 - VANTAGENS DO TRABALHO EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	2.1 A recuperação mais rápida do paciente 2.2 Possibilidade de ações integradas
3 - DIFICULDADES DO TRABALHO EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	3.1 Resistência por parte de alguns membros 3.2 Não ter noção do trabalho em equipe 3.3 Relacionadas a questões pessoais
4 - O COTIDIANO DO TRABALHO DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES	4.1 Rotina de trabalho das equipes (reuniões, resolução de problemas) 4.2 Importância do papel de cada membro da equipe 4.3 A visão da equipe multidisciplinar quanto à percepção do paciente sobre o seu trabalho
5 - A COMUNICAÇÃO COMO FACILITADORA E DIFICULTADORA DO TRABALHO NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	5.1 Meios de comunicação 5.2 Comunicação vertical 5.3 Comunicação horizontal 5.4 Participação nas decisões

Fonte: Elaboração da autora

Nota: O desenvolvimento das categorias e subcategorias de análise da equipe multidisciplinar poderá ser encontrado da página 71 a 93.

Quadro 4: Categorias e subcategorias de análise – Gestores

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. CONCEPÇÃO DO TRABALHO EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE	1.1 Resolução de problemas da unidade 1.2 Sugestões para o trabalho em equipe na unidade
2. AVALIAÇÃO DA EQUIPE FRENTE A MUDANÇAS	
3. AVALIANDO O TRABALHO E A INTERAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE	
4. A COMUNICAÇÃO COMO FACILITADORA E DIFICULTADORA DO TRABALHO EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	

Fonte: Elaboração da autora^{II}

Nota: O desenvolvimento das categorias e subcategorias de análise dos gestores poderá ser encontrado da página 93 a 101.

Esta fase requereu uma leitura intensa do material de campo, deixando-me envolver com o conteúdo de cada fala, dada a riqueza da comunicação que se constituiu o momento da entrevista, fase demorada e necessária que permitiu um contato mais próximo com o tema e encantamento pelo trabalho.

Na etapa do tratamento, dos resultados obtidos e da interpretação, buscou-se o entendimento dos dados coletados sobre os diferentes pontos e posicionamentos, que analisamos à luz dos autores estudados. Neste momento nos debruçamos ainda mais na interpretação das categorias e subcategorias, a partir das falas dos profissionais das equipes multiprofissionais de saúde e gerentes/coordenadores das unidades pesquisadas, interpretando qualitativamente cada entrevista com base na literatura sobre o tema, nas questões de pesquisa, objetivos propostos e no referencial teórico adotado.

3.7 AMBIENTE DE PESQUISA

O campo de investigação foi constituído por organizações hospitalares mantidas pela iniciativa privada e/ou que participam do SUS, de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviços ao Estado, situadas no município de Salvador-BA.

Participaram desse estudo dois hospitais, a partir de duas situações: uma unidade de clínica médica e uma UTI geral de adulto. Denominados aqui de Hospital A e Hospital B. O critério de inclusão desses cenários deveu-se ao fato dessas organizações manifestarem interesse e, portanto, aceitaram participar da pesquisa.

A Organização A caracteriza-se como hospital geral, fundado em 1990, com esfera administrativa privada, com fins lucrativos e personalidade jurídica. Tem como missão ser uma empresa sustentável na promoção e manutenção da saúde, com excelência, fundamentada em princípios científicos, éticos e humanísticos. Nesse sentido, o hospital disponibiliza em todos os setores um formulário de *Opinião do Cliente*, que após a sua alta poderá ser preenchido e devolvido no faturamento ou recepção principal (ANEXO C), e como valores a integridade, excelência e aperfeiçoamento. Tem um corpo clínico aberto², exceto a equipe de médicos do Pronto Atendimento e UTI. Sua capacidade instalada é de 139 leitos. Estão distribuídos nas especialidades de: clínica médica cirúrgica, obstétrica, pediátrica, UTI neonatal e UTI adulto. São oferecidos também serviços de apoio diagnóstico de: patologia clínica, anatomia patológica e citopatologia, hemoterapia, emergência adulto e pediátrica e diagnóstico por imagem (Raio-X, tomografia computadorizada, ressonância magnética, etc.) e endoscopia digestiva.

A Unidade Clínica Médica Cirúrgica I (CMC I) foi escolhida pelo fato de ser uma unidade dinâmica que concentra principalmente paciente na especialidade clínica médica, com quadro grave, o que exige um elevado grau de complexidade da assistência e cuidados em saúde e, portanto torna-se enriquecedor conhecer a atuação da equipe multidisciplinar frente a essa realidade que pode exigir dessa equipe constantes reavaliações para adapta-se às mais diversas realidades.

A unidade é composta por 21 leitos de clínica médica cirúrgica, sendo mantida uma equipe diurna permanente composta por: dois enfermeiros; sendo um de assistência e outro líder, 11 técnicos de enfermagem, um fisioterapeuta que é designado para o atendimento conforme a necessidade de cada paciente e um

² Segundo a Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1977, p. 11), Hospital de Corpo Clínico Aberto é aquele “[...] que, mesmo tendo Corpo Clínico estruturado, permite, a qualquer profissional habilitado na comunidade, internar e tratar seus pacientes.”

nutricionista. O médico assistente de cada paciente passa diariamente em visita, e retorna caso haja necessidade.

Ao longo das 24h, essa unidade é assistida pelo médico plantonista do pronto socorro, que é solicitado, caso haja alguma necessidade ou intercorrência. Outros profissionais como assistente social, farmacêutico e psicólogo estão também ligados à equipe dessa unidade, mas são solicitados à medida que surge uma demanda. O responsável diretamente pela parte administrativa da unidade é um enfermeiro que assume a função de coordenação dessa e de mais duas unidades e um gerente de internação que é um enfermeiro, responsável pela maioria das unidades de internação de todo o hospital. O organograma do Hospital A foi construído pela autora, tendo sido aprovado pela referida organização. (FIGURA 1)

A Organização B caracteriza-se como hospital geral, filantrópico, fundado em 1943, com esfera administrativa privada, personalidade jurídica. Apesar do longo tempo de fundação e tendo sua estrutura inicial com 15 leitos, o hospital foi adaptando suas estruturas de forma a acompanhar a evolução da Medicina e das necessidades de saúde, evoluindo assim na ampliação da oferta de serviços e preservando a filosofia de promover um atendimento de saúde digno e de qualidade aos que mais necessitam. Tem um corpo clínico aberto, exceto a equipe de médicos obstétricos.

Sua capacidade é de 169 leitos, sendo que destes 81 são conveniados com o SUS. Estão distribuídos nas especialidades de: clínica médico-cirúrgica, obstétrica, pediátrica, UTI neonatal, unidade intermediária neonatal e UTI adulto. São oferecidos também serviços de apoio diagnóstico e terapia como: patologia clínica, anatomia patológica, hemodinâmica, curativos extensos, tratamento pré-diabético e diagnóstico por imagem (Raio-X, tomografia computadorizada,) e endoscopia digestiva. Funciona também como hospital escola na formação profissional, como campo de estágio e também com internato e residência médica, sendo esse último oferecido através de convênio de cooperação entre o hospital e o Ministério da Educação (MEC), conforme informação administrativa do hospital.

Os serviços de emergência são oferecidos nas especialidades de clínica obstétrica e cardiologia. Os serviços em cardiologia e UTI são terceirizados e tem sua gestão própria.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi selecionada pelo fato de o hospital não disponibilizar uma unidade aberta para o atendimento na especialidade de

clínica médica. Nesse sentido, escolhemos a UTI adulto por ser a unidade que concentrava leitos na especialidade clínica médica, uma vez que o foco da nossa pesquisa é conhecer a atuação da equipe multidisciplinar de saúde nessa especialidade.

Essa unidade surgiu a partir da ideia de um médico intensivista que já trabalhava no hospital há 15 anos. Juntamente com outros colegas médicos constituíram uma empresa e terceirizou esse serviço, tendo, portanto, uma gestão própria, apesar de estar hierarquicamente subordinado à estrutura organizacional. Os médicos que compõem o corpo clínico estão vinculados a essa empresa sendo constituído, na sua maioria, por profissionais que fizeram parte do internato e residência médica oferecida pelo hospital.

A unidade é composta por 14 leitos de clínica geral, que mantém uma equipe permanente por plantão de 12 horas, composto por: um médico plantonista, um médico diarista, um fisioterapeuta, uma enfermeira de assistência e seis técnicos de enfermagem. Os responsáveis diretamente pela parte administrativa e exclusiva dessa unidade são um coordenador e um gerente, ambos os enfermeiros, funcionárias do hospital e o coordenador médico, que é responsável pelos profissionais médicos.

Os pacientes admitidos nessa unidade são procedentes de outras unidades abertas do próprio hospital ou são procedentes do Pronto Atendimento em Cardiologia ou ainda pacientes externos através da regulação de leitos entre hospitais.

Quanto ao organograma do Hospital B foi fornecido pela organização. (FIGURA 2)

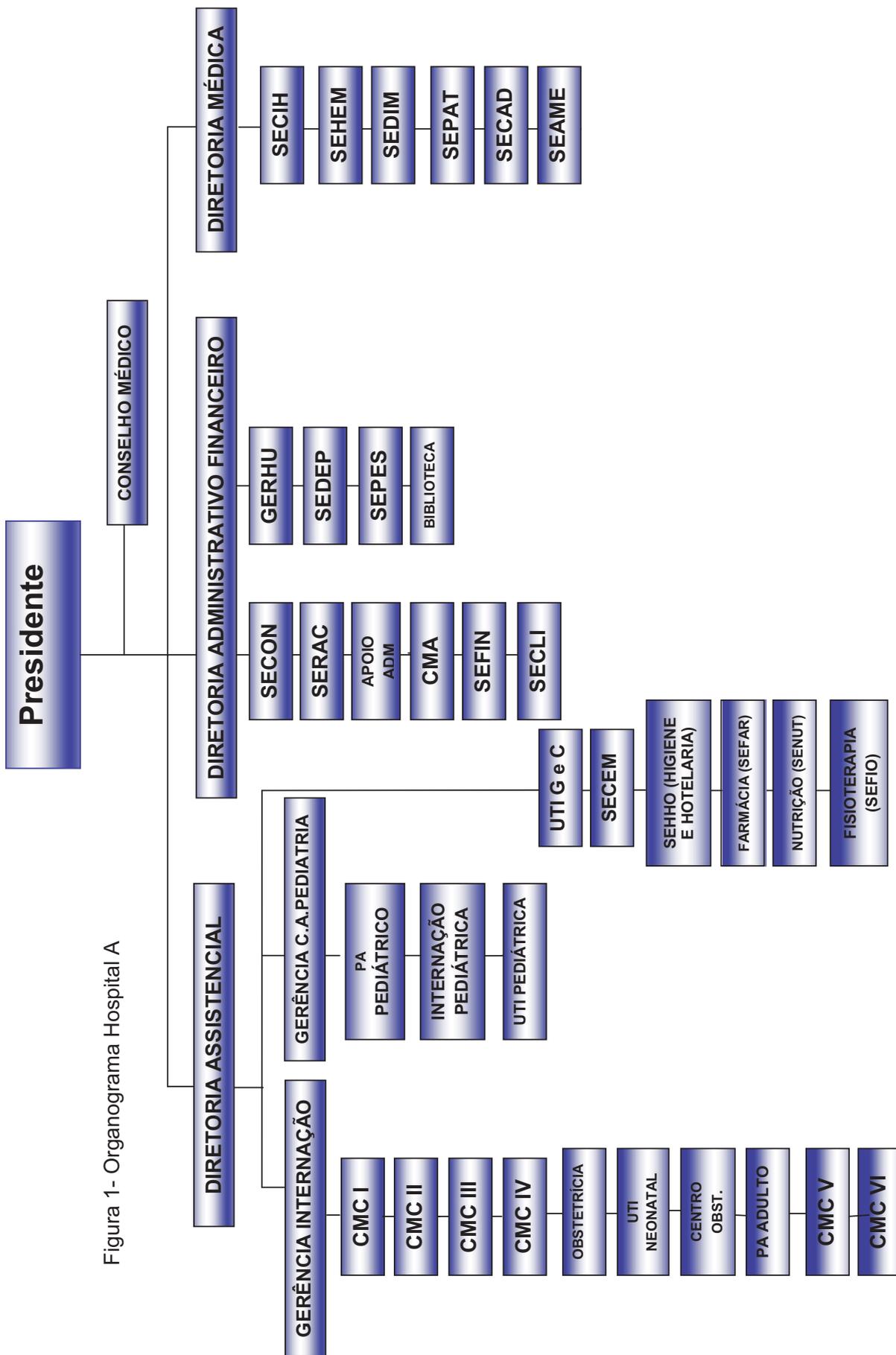
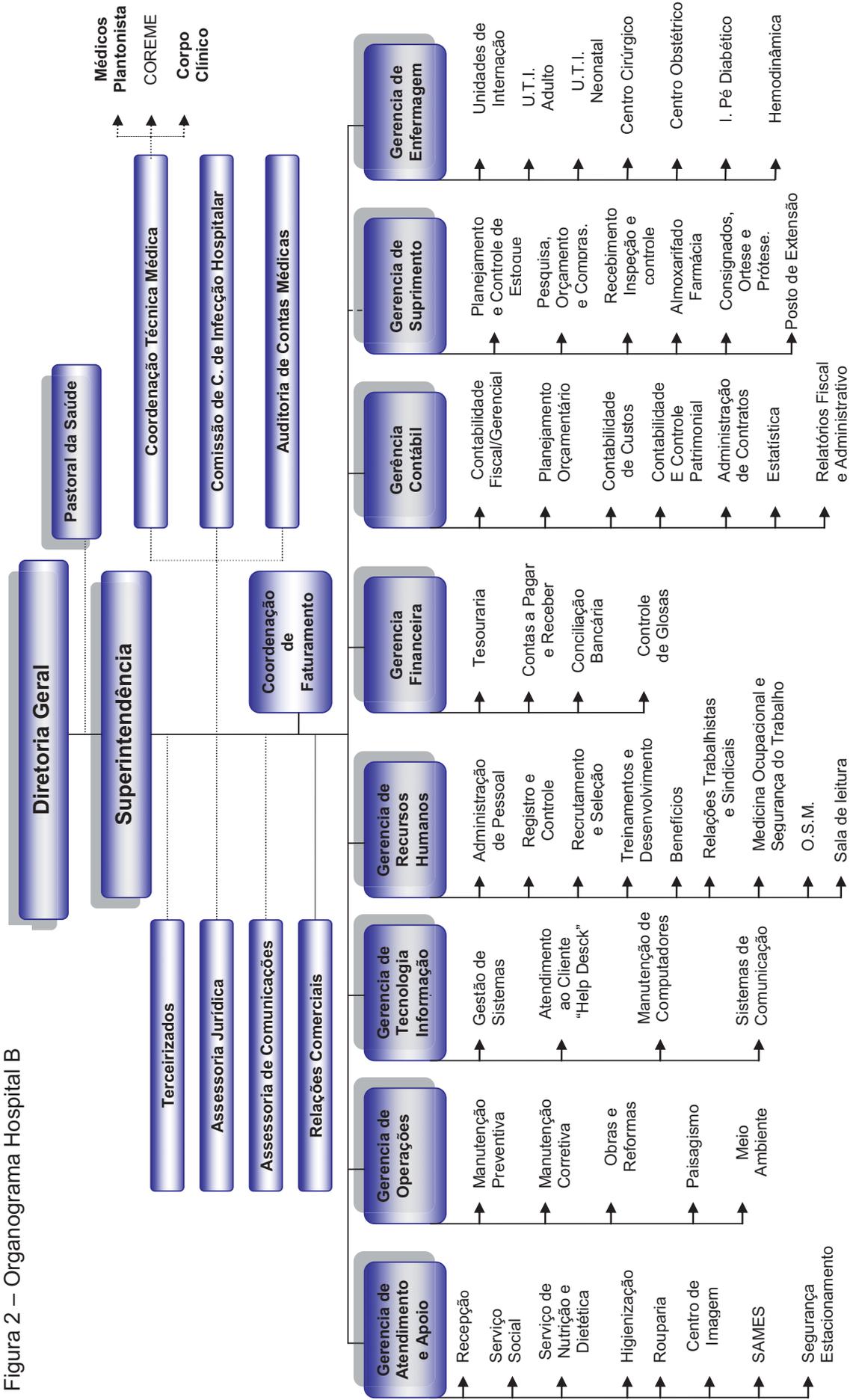


Figura 1 - Organograma Hospital A

Figura 2 – Organograma Hospital B



4 ANÁLISE E RESULTADOS DA PESQUISA

Este capítulo traz o relato da análise e dos resultados alcançados ao longo da realização da pesquisa.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Os dados coletados permitiram-nos traçar um perfil sociodemográfico da amostra pesquisada composta por profissionais da área de saúde, sendo: um assistente social, um farmacêutico, seis enfermeiros, dois fisioterapeutas, um médico, uma nutricionista e um psicólogo. Foram entrevistados profissionais que fazem parte das equipes multidisciplinares nas unidades pesquisadas dos hospitais A e B e profissionais que são gestores dessas unidades.

A distribuição dos entrevistados por faixa etária (Tabela 1) mostra uma incidência etária entre 26 anos e mais de 50 anos, com a maior concentração, 38,5%, entre 36 e 40 anos. Essa pluralidade na composição etária da equipe, indo desde profissionais em início de carreira até a faixa etária de maturidade, pode estimular a equipe a estar mais arejada e atualizada.

Tabela 1 – Distribuição da amostra por faixa etária

FAIXA ETÁRIA	FREQUÊNCIA (n)	%
Entre 26 A 30 anos	3	23,0
Entre 31 a 35 anos	2	15,4
Entre 36 a 40 anos	5	38,5
Entre 41 a 45 anos	2	15,4
Mais de 50 anos	1	7,7
TOTAL	13	100

Fonte: Coleta de dados (2010)

Esses dados estatísticos, conforme a investigação, registram a alta incidência do sexo feminino, 84,6% dos profissionais entrevistados entre membros da equipe e

gestores, o que pode representar a predominância desse sexo nesse tipo de organização, assim como seguindo a tradição da área de saúde. (Tabela 2)

Tabela 2 – Distribuição por sexo

SEXO	FREQUÊNCIA (n)	%
Masculino	2	15,4
Feminino	11	84,6
TOTAL	13	100

Fonte: Coleta de dados (2010)

A situação conjugal dos entrevistados mostra uma equivalência entre solteiros e casados, e não foi possível perceber qualquer implicação dessa condição para o trabalho e gestão das equipes. (Tabela 3)

Tabela 3 – Distribuição da amostra por situação conjugal

CONDIÇÃO	FREQUÊNCIA (n)	%
Solteiro	6	46,2
Casado	7	53,8
TOTAL	13	100

Fonte: Coleta de dados (2010)

Identificou-se também o número de filhos desses entrevistados, sendo que o maior percentual, 46,2%, tem um filho, e não foi possível perceber qualquer implicação dessa condição para o trabalho e gestão das equipes. (Tabela 4)

Tabela 4 – Distribuição da amostra por número de filhos

Nº FILHOS	FREQUÊNCIA (n)	%
Sem Filhos	3	23,0
1 filho	6	46,2
2 filhos	4	30,8
TOTAL	13	100

Fonte: Coleta de dados (2010)

Na amostra pesquisada há maior incidência de profissionais enfermeiros, 46,1%, por ocuparem funções de assistência e gerenciais nas organizações hospitalares pesquisadas, a incidência seguinte é a de fisioterapeutas, 15,4%, devido à necessidade de manter e estimular a mobilidade física dos pacientes. Sendo os entrevistados do Hospital A constituídos por enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta e nutricionista e os entrevistados do Hospital B constituídos por assistente social, enfermeiro(a), fisioterapeuta, médico(a) e psicólogo. (Tabela 5)

Tabela 5 – Formação dos profissionais da pesquisa

FORMAÇÃO	FREQUÊNCIA (n)	%
Assistente Social	1	7,7
Farmacêutico	1	7,7
Enfermeiro	6	46,1
Fisioterapeuta	2	15,4
Médico	1	7,7
Nutricionista	1	7,7
Psicólogo	1	7,7
TOTAL	13	100

Fonte: Coleta de dados (2010)

O tempo de graduação dos entrevistados variou entre dois anos e mais de vinte anos, sendo que a maior concentração (69,2%) tem entre 11 anos e mais de 20 anos de graduação. As equipes multidisciplinares de saúde são formadas por profissionais com tempo de graduação superior a dez anos. Isso pode contribuir para o desempenho do trabalho em equipe. (Tabela 6)

Tabela 6 – Distribuição da amostra por tempo de formado

TEMPO DE FORMADO	FREQUÊNCIA (n)	%
Entre 2 e 3 anos	2	15,4
Entre 6 a 10 anos	2	15,4
Entre 11 a 15 anos	5	38,4
Entre 16 a 20 anos	2	15,4
Mais de 20 anos	2	15,4
TOTAL	13	100

Fonte: Coleta de dados (2010)

Esses dados indicam que a totalidade de profissionais buscou o aperfeiçoamento multidisciplinar, considerando que os 15,4% que estão cursando a especialização correspondem aos profissionais que têm entre dois e três anos de formado. Isso pode significar um interesse que contribui positivamente para o atendimento ao paciente e eleva a competência e qualidade do trabalho, o que se torna importante tanto do ponto de vista pessoal, profissional como das organizações. (Tabela 7)

Tabela 7 – Distribuição da amostra por pós-graduação

PÓS-GRADUAÇÃO	FREQUÊNCIA (n)	%
Especialização na área de Saúde	8	61,5
Residência médica	1	7,7
MBA na área de Saúde	2	15,4
Especialização incompleta na área de Saúde	2	15,4
TOTAL	13	100

Fonte: Coleta de dados (2010)

Objetivou-se também conhecer a carga horária semanal de trabalho desses profissionais nos hospitais pesquisados. A distribuição dessa carga horária varia entre 30 e 60 horas, sendo a maior incidência 69,2% de 44 horas de trabalho semanais, o que está de acordo com o previsto na legislação trabalhista; apenas 7,7% declarou uma carga horária semanal de 60 horas por participar efetivamente em atividades de formação profissional de internato e residência médica desenvolvidas pelo hospital. Três profissionais, 23,1%, um com carga horária de 30 horas, um com carga horária 36 horas e outro com carga horária de 44 horas têm mais de um vínculo empregatício. (Tabela 8)

Tabela 8 – Distribuição da amostra por carga horária semanal de trabalho

CARGA HORÁRIA SEMANAL	FREQUÊNCIA (n)	%
30 horas	2	15,4
36 horas	1	7,7
44 horas	9	69,2
60 horas	1	7,7
TOTAL	13	100

Fonte: Coleta de dados (2010)

Por fim, objetivou-se conhecer o tempo de trabalho desses profissionais nos hospitais pesquisados. A distribuição desse tempo varia entre menos de um e mais de 20 anos, sendo a menor incidência 7,7% menor que um ano, o que indica baixa rotatividade entre os membros da equipe e ambiente favorável a relações interpessoais e interação no interior das equipes. (Tabela 9)

Tabela 9 – Distribuição da amostra por tempo de trabalho na organização

TEMPO DE SERVIÇO	FREQUÊNCIA (n)	%
Até 1 ano	1	7,7
Entre 1 a 5 anos	5	38,4
Entre 6 a 9 anos	5	38,4
Mais de 20 anos	2	15,4
TOTAL	13	100

Fonte: Coleta de dados (2010)

4.2 O TRABALHO E A GESTÃO DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DE SAÚDE EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES NA VISÃO DA EQUIPE

As categorias, subcategorias de análise e falas da equipe a seguir foram construídas a partir da liberdade e respeito dos diálogos proporcionados durante as entrevistas dos membros da equipe multidisciplinar de saúde com a pesquisadora.

4.2.1 Primeira categoria: concepção do trabalho em equipe multidisciplinar de saúde

O trabalho desenvolvido em equipe multidisciplinar de saúde indica a importância para o alcance de resultados, ou seja, para a prestação da assistência e cuidados aos pacientes hospitalizados. Para compreender esse aspecto, buscou-se conhecer as concepções dos membros da equipe acerca desse trabalho, uma vez que cabe a ela o atendimento direto e indireto ao paciente, desde a internação até o momento de sua alta hospitalar.

Esta categoria apresenta as seguintes subcategorias: a) O trabalho em equipe multidisciplinar tem como objetivo o atendimento ao paciente; b) O trabalho em equipe multidisciplinar exige coparticipação, comunicação e interação da equipe multidisciplinar; c) O papel de cada membro na equipe multidisciplinar.

Quanto à subcategoria, **O trabalho em equipe multidisciplinar tem como objetivo o atendimento ao paciente** – Os entrevistados trouxeram a concepção de que o trabalho em equipe na saúde tem como objetivo o atendimento ao paciente e, desse modo, o seu desenvolvimento é possível a partir da existência de um grupo de profissionais de diversas especialidades que, de forma conjunta e em comum acordo, planejam o seu trabalho e tomam decisões para atender às demandas e expectativas do paciente.

É quando podemos trabalhar juntos nas várias necessidades, com um objetivo que [...] é o paciente [...]. (ENTREVISTADO 8 – HOSPITAL B)

[...] é quando tem um grupo de profissionais voltado para um único objetivo [...] onde vai depender um do outro, mas é a equipe que está planejando, organizando e visando [...] o bem-estar do paciente. (ENTREVISTADO 6 – HOSPITAL A)

[...] todo mundo entrar em acordo para juntos tomar uma decisão [...]. (ENTREVISTADO 4 – HOSPITAL A)

A concepção do trabalho em equipe sob esse aspecto, ressaltada pelos entrevistados, guarda uma relação direta com o aspecto operacional, como a equipe planeja e se organiza para atender ao paciente. Trata-se, pois, de um enfoque que confirma o que destacam Colauto e Beuren (2003) e Monteiro (2009) quanto aos serviços desenvolvidos, que demandam da administração hospitalar uma dinâmica para conciliar seus recursos ao bem-estar das pessoas, de forma que a estratégia operacional esteja ligada aos objetivos institucionais da organização.

Dessa forma é possível perceber que as equipes possuem um entendimento claro do quão importante é a existência de uma estrutura organizacional em que o trabalho em equipe possa se desenvolver a partir da presença de vários profissionais que de forma interdependente planejam e tomam decisões para alcançar um objetivo maior que é o atendimento ao cliente/paciente.

A subcategoria **O trabalho em equipe multidisciplinar exige coparticipação, comunicação e interação da equipe multidisciplinar** – Os entrevistados conceberam também o trabalho em equipe como um conjunto de ações que exige coparticipação, comunicação e interação efetiva de seus membros, expressando assim um significado de trabalho conjunto que envolve todos os profissionais. No entanto, ainda conforme os entrevistados, é pertinente que cada membro tenha entendimento da dimensão da sua posição e importância, no sentido de construir um ambiente de respeito mútuo e complementaridade.

Nesse sentido, os entrevistados o consideram de “extrema importância”, visto que o paciente ao procurar o atendimento hospitalar não pode ser visto apenas como portador de uma patologia que necessita de uma terapêutica, mas devem-se considerar também as suas emoções, fragilidades e carências que estão presentes nesse processo. A partir desse contexto, é necessário que haja o entendimento de que a interação e a comunicação podem favorecer a troca de informações, experiências, conhecimentos e consequentemente a aprendizagem.

[...] o paciente é um todo [...] tem emoção [...] não é invadindo o espaço de ninguém é cada um fazendo sua parte [...]. (ENTREVISTADO 3 – HOSPITAL A)

[...] é um trabalho que você desenvolve com interação com todos os outros [...] dentro da competência de cada um [...]. (ENTREVISTADO 12 – HOSPITAL B)

[...] exige a coparticipação de todos, [...] que se comunique e esteja interligado para que o trabalho flua [...]. (ENTREVISTADO 7 HOSPITAL A)

O entendimento dos entrevistados, quanto à forma de se processar o trabalho em equipe, é semelhante ao que foi apontado como característica do trabalho em saúde por Colomé (2005) e Matumoto e outros autores (2005), bem como a importância da comunicação e da interação destacada por Peduzzi (1998, 2001) que, a partir da elaboração da tipologia do trabalho em equipe, contempla a existência de tais elementos na modalidade definida como equipe integração.

A partir das concepções apresentadas, fica evidenciado que as equipes têm o entendimento de que é imperativa a existência dos elementos comunicação e interação efetiva entre seus membros, no cotidiano de suas atividades.

A subcategoria **O papel de cada membro na equipe multidisciplinar** – Os entrevistados concebem o trabalho em equipe quanto à dimensão do objetivo único que deve ser resguardado por cada membro. De acordo com os entrevistados cada um tem sua importância para que o trabalho se desenvolva de forma harmônica, por isso todos os seus integrantes devem caminhar juntos com papéis definidos de atuação e respeitando os limites destes.

[...] cada um tem o seu papel [...], mas juntos, caminhando, aonde termina um, começa o outro [...]. (ENTREVISTADO 9 – HOSPITAL B)

[...] é um trabalho que tem um fim, que é o paciente [...] cada um com a sua importância [...] tem seu momento de trabalho, de solução. (ENTREVISTADO 13 – HOSPITAL B)

Esses aspectos ressaltados pelos entrevistados confirmam a concepção de autores como Merhy (1997) e Severo e Seminotti (2010) quanto à importância de cada profissional nas organizações, serviços e equipes de saúde onde os mesmos estão em contato direto com o cliente/paciente no desenvolvimento diário de suas ações. Nesse sentido, confirmam ainda o conceito de trabalho em equipe apresentado por Fortuna e outros autores (2005), que o entendem como um processo de relações que vão sendo construídas diariamente.

Destaca-se dentro dessa categoria a posição de um entrevistado que apresenta uma forma diferente e contraditória de conceber o trabalho em equipe; inicialmente há um reconhecimento de que todos os profissionais são muito importantes, dentro das funções desenvolvidas por cada um, para logo em seguida destacar os profissionais médico e enfermeiro como protagonistas e as “outras terapias” como coadjuvantes. Ora! Essa é uma contradição e pode revelar um indicativo de como se processa a prática do trabalho em saúde no interior das equipes.

[...] cada um com sua função, mas todos muito importantes e fundamentais [...] que exige interação e que para o paciente é fundamental [...] (a equipe) multidisciplinar é importante mesmo, um não vive sem o outro, claro que tem o fundamental [...] o médico e a enfermagem são bem fundamentais, mas as outras terapias, assim, são coadjuvantes, mas fazem diferença. (ENTREVISTADO 11 – HOSPITAL B)

Este discurso contraditório da visão de equipe e, conseqüentemente do seu trabalho, refuta conceitos e posicionamentos de autores como Peduzzi (1998, 2001), Schraiber e outros autores (1999), Matumoto e outros colaboradores (2005) e Fortuna e outros (2005), quanto ao trabalho em equipe multidisciplinar e elementos que contribuam efetivamente para sua prática além do que pode desvelar a existência da relação de poder e hierarquia no interior dessas equipes, o que corrobora ainda conforme Schraiber e outros autores (1999) e Furtuna e outros (2005) que essa é uma realidade vivida por essas equipes.

Portanto, embora seja perceptível que a maioria dos entrevistados aponte o reconhecimento do papel e do valor de cada membro na equipe, transparecem aspectos controversos que indicam a existência de sentimentos relacionados a tratamentos e valoração diferenciados a determinadas especialidades dentro das equipes.

4.2.2 Segunda categoria: vantagens do trabalho em equipe multidisciplinar

O trabalho em equipe multidisciplinar de saúde apresenta-se como uma vantagem para a geração de resultados, ou seja, para o atendimento à saúde dos pacientes que se encontram internados, visto que eles necessitam de atenção multidisciplinar e integrada por apresentar uma maior complexidade da assistência e do cuidado à saúde. Para tanto, buscou-se junto à equipe o entendimento destas sobre a vantagem do trabalho em equipe.

Esta categoria traz as seguintes subcategorias: a) A recuperação mais rápida do paciente; b) Possibilidade de ações integradas.

A subcategoria **A Recuperação mais rápida do paciente** – Essa foi uma vantagem destacada pelos entrevistados, porque, segundo eles, conseguem apresentar resultados como a rotatividade dos leitos da unidade de internação para que outros pacientes possam igualmente ser atendidos, e a satisfação do profissional pelo resultado alcançado com a melhora do paciente, que proporciona motivação para o trabalho. Nesse momento, fica evidente para os entrevistados a necessidade de que cada membro da equipe entenda a importância do seu trabalho no processo de recuperação.

De acordo com os entrevistados, essas vantagens são percebidas também pelos familiares dos pacientes internados, mesmo quando esses apresentam um

prognóstico reservado (estado grave), levando-os a ficarem mais tranquilos e satisfeitos com o serviço prestado, quando percebem que a equipe desenvolve o seu trabalho demonstrando empenho para alcançar a melhora do paciente. Esse reconhecimento possibilita, ainda, para as organizações hospitalares uma forma indireta de divulgação da qualidade dos serviços. Essa condição de vantagens percebidas é evidenciada por Gurgel Junior e Vieira (2002), que em virtude das características, as organizações hospitalares têm o desafio de atender a vários grupos de interesses, tais como: usuários, trabalhadores, fabricantes e fornecedores, seguradoras e planos de saúde, gerência hospitalar e o governo.

[...] consegue [...] chegar ao objetivo que é o paciente melhorar e dar alta à rotatividade da clínica e conseguir que venham outros pacientes para também se tratar e a gente se sentir aquele profissional de saúde porque [...] conseguiu melhorar o estado do paciente. (ENTREVISTADO 4 - HOSPITAL A)

[...] (a equipe) é imprescindível, para conseguir tratar melhor o paciente e sua recuperação ser mais rápida, uma vez que ele está sendo visto e tratado por diversas especialidades [...]. (ENTREVISTADO 8 HOSPITAL B)

É possível identificar que essa dimensão (vantagem) tem uma representação significativa tanto para os profissionais de saúde que compõem a equipe como para a organização hospitalar. Para a equipe esse é considerado o momento de maior visibilidade, retorno do seu trabalho e recompensa profissional, visto que o trabalho em saúde pode conviver com situações extremas de dor, sofrimento e até mesmo a morte. Para a organização, significa tanto o alcance do objetivo que, sob o aspecto econômico, possibilita a rotatividade de leitos e a entrada de novos pacientes, atrelado à satisfação do paciente e da família com o serviço recebido e ainda da repercussão externa que essa satisfação trará para a organização.

Sobre a subcategoria **Possibilidade de ações integradas** – Essa dimensão foi apontada pelos entrevistados como um elemento que oportuniza o apoio mútuo, as discussões e a tomada de decisões entre os especialistas, podendo ser entendido pela equipe como o momento para partilhar não só o problema como também as propostas de soluções e o mérito. Essas oportunidades apontadas como vantagens do trabalho em equipe são evidenciadas por Peduzzi (2001) e Tachizama, Ferreira e Fortuna (2006), que entendem as diferenças técnicas dos membros que compõe a equipe como facilitadoras para alinhar conhecimentos,

experiências e habilidades, visando atingir objetivos comuns e qualidade do serviço prestado.

[...] você poder contar com o apoio do outro, [...], participar e discutir, [...]. Às vezes, você ter que tomar uma conduta de um assunto que você não domina isso é muito complicado [...]. Então, quando tem uma equipe multidisciplinar [...] tem pessoas com quem [...] dividir as responsabilidades e aí você divide também o mérito, não só os problemas. (ENTREVISTADO 6 – HOSPITAL A)

Diante do exposto, percebe-se a existência do entendimento de que a integração de esforços pode se revelar como vantagem a partir do momento que cada especialista reconheça esse espaço como favorecedor para compartilhar, integrar e, conseqüentemente, ampliar seus conhecimentos e experiências favorecendo o coletivo e o resultado geral.

4.2.3 Terceira categoria: dificuldades do trabalho em equipe multidisciplinar

Apresentados as concepções e o reconhecimento das equipes quanto às vantagens dessa modalidade, buscou-se conhecer no interior das equipes a existência de fatores dificultadores do processo e operacionalização desse trabalho.

Esta categoria apresenta as seguintes subcategorias: a) Resistência por parte de alguns membros; b) Não ter noção do trabalho em equipe; c) Relacionadas a questões pessoais.

A subcategoria **Resistência por parte de alguns membros** – Uma das dificuldades apontadas pelos entrevistados para a realização do trabalho em equipe multidisciplinar diz respeito à resistência por parte de alguns membros em se integrarem para desenvolver o seu trabalho em equipe. Nesse contexto, a especialidade mais evidenciada pelos membros das equipes, ao longo das entrevistas, foi o profissional médico, sob diversos aspectos, sendo ressaltado que de modo geral existe uma diferenciação do médico, principalmente os profissionais graduados há mais tempo em relação aos demais membros da equipe, independente de qual seja a outra especialidade.

As causas atribuídas foram: convenções historicamente construídas de que cabe ao médico o poder de curar e concentrar o saber; o modo como se processa a sua formação acadêmica, de maneira a conceber essas convenções como naturais

e contribuir com a idéia de que esse profissional é de difícil acesso e diálogo e o fato de o médico trabalhar em mais de um hospital.

Portanto, os entrevistados que anteriormente conceberam a possibilidade de troca como características do trabalho em equipe neste momento são contraditórios ao reconhecer que para o profissional médico essa possibilidade mexe com sua história e formação, pois pressupõe que é ele quem sabe o melhor para o “seu” paciente.

Outra especialidade citada pelos entrevistados em geral e que apresenta resistência foi a dos profissionais de enfermagem, pelo fato de demonstrarem certa vaidade em relação ao conhecimento que detêm. No entanto, existem por parte dos entrevistados enfermeiros um entendimento, segundo o qual poderia haver um melhor entrosamento na relação entre médico e enfermeiro.

Esse posicionamento da equipe expressa uma questão piramidal de relações entre os profissionais médico e enfermeiro no interior da equipe, na medida em que reconhecem a existência no ambiente organizacional do poder centrado no médico e a vaidade do enfermeiro, e este último reivindica uma relação mais próxima apenas com o médico e não uma integração radial.

Por outro lado, os entrevistados ressaltaram que essa realidade vem se modificando em virtude do retorno e resposta trazida pelo trabalho em equipe, assim como da existência de uma relação de respeito entre seus membros. Percebem também que os profissionais médicos graduados, mais recentemente, já trazem como filosofia o reconhecimento da necessidade do trabalho em equipe. Essas dificuldades vivenciadas e percebidas na rotina de trabalho dessas equipes, evidenciadas pelos entrevistados, são reconhecidas por autores como Eugênio Mendes (1999), Scharaiber e outros autores (1999), Peduzzi (2001), Vilela e Mendes (2003) e Fortuna e outros autores (2005). Estes autores ressaltam que a prática médica é fundadora da técnica científica moderna a partir da qual surgiram os outros trabalhos especializados. Sob o ponto de vista histórico, acadêmico e cultural foi-se construindo como natural a idéia da supremacia e do poder do profissional médico nas equipes e organizações hospitalares. Destaca-se, pois, a importância da formação acadêmica dos profissionais de saúde nesse processo de forma a romper com essas tradições que não colaboram para uma relação de confiança, respeito, igualdade e aprendizagem contínua e coletiva no âmbito da equipe multidisciplinar.

[...], mas eu percebo que tem sido quebrado, por causa do retorno do trabalho, da resposta e do respeito [...]. (ENTREVISTADO 3 – HOSPITAL A)

Não, não é a mesma não, existe uma diferenciação que é gritante com os médicos para com o resto da equipe, não importa qual seja a função [...]. (ENTREVISTADO 7 – HOSPITAL A)

A equipe médica até pelo histórico de ser um profissional que de certa forma o saber está com ele [...] isso mexe com o médico, essa troca [...]. (ENTREVISTADO 8 – HOSPITAL B)

[...] às vezes, o pessoal de enfermagem mais antigo é um pouquinho resistente de trabalhar em equipe [...]. (ENTREVISTADO 7 – HOSPITAL A)

[...] o médico geralmente é às vezes dono de razão, [...] então isso dificulta um pouco o trabalho [...] a convivência, o contato. (ENTREVISTADO 11 – HOSPITAL B)

Sob esse aspecto, torna-se fundamental entender qual a posição das organizações que podem optar em não perceber a relação de poder do médico na organização e nas equipes, uma vez que essa pode constituir-se como estratégia organizacional a partir do momento em que o paciente escolhe o hospital também pela constituição do corpo clínico e são estes os responsáveis pela instituição terapêutica, conforme evidenciado por Oliveira e Collet (2000).

Nesse momento, ressalta-se também o entendimento de um entrevistado acerca dessa dificuldade a partir da fala: “as outras equipes se aproximam muito”, referindo-se aos demais profissionais da equipe, além do médico, evidenciando uma prática contraditória de equipe e a forma como se desenvolve o seu trabalho em relação ao entendimento teórico inicial em que este se desenvolve a partir da presença de profissionais de diversas especialidades, com objetivos únicos que pressupõem a coparticipação, comunicação e interação.

[...] com relação às outras equipes, se aproximam muito assistente social, nutricionista, psicólogo, enfermeira, fisioterapeuta, então, de uma maneira geral, existe até uma pré-disposição em cooperar, mas, às vezes, a dinâmica do plantão, da forma como você é cobrado e exigido, [...] não permite muito. (ENTREVISTADO 7 – HOSPITAL A)

Portanto, percebe-se que esse é um aspecto a ser compreendido por todos os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, no sentido de avaliar a forma como cada um vem desempenhando suas atividades e como está sendo a sua atuação e conduta diante do outro e da organização. São realidades importantes que devem ser consideradas, pois, conforme afirma Merhy (1997), está nas mãos do

conjunto de trabalhadores inseridos nos serviços a possibilidade de produzir mudanças nos processos do trabalho em saúde.

Diante desses aspectos evidenciados nas falas dos entrevistados, constata-se que na prática ainda não há um consenso, internalização e aceitação geral acerca de equipe multidisciplinar entre os profissionais de saúde que a compõem. Perpassa ainda como equipes multidisciplinares formadas por uma única especialidade, que faz parte do quadro de funcionário da organização e não de um setor ou de uma unidade como, por exemplo, equipe de enfermagem, fisioterapeuta, médico, nutricionista, psicólogo. Essa forma de perceber a equipe multidisciplinar nega afirmações de autoras como Schraiber e outros autores (1999) e Colomé (2005), nas quais o trabalho em equipe na saúde não pode ser desenvolvido considerando apenas as especificidades de cada saber. É preciso haver consensos a fim de contemplar não só as necessidades de um indivíduo, mas também da coletividade.

[...] eu sei falar da minha categoria, então [...] das outras eu não posso falar, porque são outras categorias, mas [...] eu acho que a nossa categoria gosta muito de trabalhar em equipe [...] então eu acho que a nossa categoria é bastante disponível (trabalho em equipe). (ENTREVISTADO 4 – HOSPITAL A)

Ressalta-se ainda que, para minimizar esse aspecto evidenciado como dificuldade, o mesmo deve ser percebido também pelos gestores e está contemplado na política de gestão da organização. Pois se entende que para o trabalho ter fluência, todos devem participar conjuntamente, não cabendo, portanto diferenciações ou exclusões de alguma especialidade ou profissional.

A subcategoria **Não ter noção do trabalho em equipe** – Os entrevistados abordaram que o desconhecimento por parte de alguns profissionais de como se processa efetivamente o trabalho em equipe na saúde é um fator dificultador do seu desenvolvimento, e que isso se manifesta pela conseqüente falta de compreensão da dimensão da sua importância como membro da equipe. Essas situações de dificuldade do trabalho em equipe de saúde são evidenciadas por autores como Scholtes (1992 apud SOUSA, CAMPOS E RAMOS, 2001), Pinho (2006) e Severo e Seminotti (2010). Para esses autores, a organização hospitalar deve propiciar um ambiente que favoreça uma prática de trabalho interdisciplinar, promovendo intervenções técnicas de modo que cada membro da equipe reflita sobre como vem

desenvolvendo a sua atuação e possam conjuntamente planejar a assistência ao paciente como prática real do seu trabalho.

[...] quando os profissionais não têm noção do que significa uma equipe interdisciplinar [...] não tem consciência da sua importância [...]. (ENTREVISTADO 6 – HOSPITAL A)

É possível inferir que essa percepção por parte dos membros das equipes evidencia na prática uma concepção de equipe multidisciplinar como sendo formada por profissionais da mesma especialidade, que fazem parte do quadro de funcionário do hospital, contradizendo concepções trazidas anteriormente pelos próprios entrevistados quanto ao conceito de equipe multidisciplinar integrada e com aspectos de interação e complementaridade entre as áreas. Ressalte-se ainda que esse fator não foi evidenciado pelos gestores.

A subcategoria **Relacionadas a questões pessoais** – Os entrevistados abordaram os relacionamentos pessoais como barreira para o desenvolvimento do trabalho em equipe, visto que essa é uma questão individual e, portanto, varia muito de pessoa para pessoa, mas para os entrevistados a equipe pode ser responsável em construir um ambiente que favoreça uma boa relação interpessoal.

Ainda de acordo com os entrevistados, a personalidade é uma dimensão humana que interfere na forma de trabalhar, visto que algumas pessoas trabalham melhor sozinhas, assim apontam a falta de flexibilidade como um diferencial negativo para o trabalho em equipe, uma vez que cabe a cada um demonstrar disponibilidade e abertura para essa modalidade de trabalho.

Sobre esse contexto, ressaltam que a equipe é multidisciplinar, mas reconhecem que estão envolvidos interesses e saberes de cada especialidade, que pode ao mesmo tempo ser um fator facilitador, mas pode também revelar alguns entraves.

[...] existem profissionais que são mais satisfeitos, mais dispostos e existem os insatisfeitos que não querem colaborar [...]. Depende da equipe, do ambiente [...]. (ENTREVISTADO 7 – HOSPITAL A)

[...] eu acho que a falta de flexibilidade muitas vezes é o diferencial negativo [...] não tem criatividade de tentar melhorar as coisas [...]. (ENTREVISTADO 5 – HOSPITAL A)

A [...] equipe é multi, mas [...] é feita por indivíduos com interesses pessoais, com saberes pessoais [...]. A questão individual [...] pode vir a atrapalhar se esse profissional não tiver um discernimento para estar trabalhando em equipe. (ENTREVISTADO 9 – HOSPITAL B)

[...] tem pessoas que valorizam mais o trabalho em equipe, tem pessoas que já trabalham melhor sozinhas [...]. (ENTREVISTADO 8 – HOSPITAL B)

Essas dificuldades são evidenciadas por autores como Merhy (1997), Fortuna e outros autores (2005) e Matumoto e outros colaboradores (2005) que reconhecem esse fator como o mais limitante para o desenvolvimento do trabalho em equipe, pois as relações interpessoais e trabalho estão diretamente imbricadas, razão pela qual tornam-se importantes o gerenciamento do processo de trabalho e a percepção da forma com que os trabalhadores atuam e contribuem.

Diante destes posicionamentos, pode-se inferir que o relacionamento entre especialistas é influenciado também por questões de ordem pessoal deixando transparecer que na convivência diária da equipe algumas pessoas se mostram mais satisfeitas e disponíveis para o trabalho em detrimento de outras que são pouco flexíveis e assumem comportamentos mais isolados para a convivência cotidiana, considerando ainda os interesses pessoais e profissionais envolvidos nesse contexto.

Os gestores informaram que reconhecem a existência dessa dificuldade no interior das equipes, mas consideram que as avaliações formais e informais realizadas pelo hospital atendem satisfatoriamente às demandas, além disso entendem que a filosofia do hospital em que os gestores estejam sempre disponíveis para atender aos profissionais minimiza tão aspecto.

4.2.4 Quarta categoria: o cotidiano do trabalho das equipes multidisciplinar

Objetivando identificar aspectos que refuta ou confirmam as concepções, vantagens e dificuldades apresentadas pelos membros das equipes, buscou-se conhecer como se processa na prática o trabalho cotidiano dessas equipes.

Esta categoria apresenta as seguintes subcategorias: a) Rotina de trabalho das equipes; b) Importância do papel de cada membro da equipe; c) A visão da equipe multidisciplinar quanto à percepção do paciente sobre o seu trabalho.

A subcategoria **Rotina de trabalho das equipes** (reuniões, resolução de problemas...) – De acordo com os entrevistados, dentro das unidades onde se desenvolveu a pesquisa empírica, o contexto de trabalho é considerado bom, pois existem rotinas predeterminadas e uma boa relação interpessoal, na qual os membros componentes trabalham juntos há algum tempo, de forma que todos conseguem participar e contribuir pensando num atendimento humanizado ao paciente. Essa informação complementada com dados da ficha de caracterização (Tabela 9) possibilita inferir a baixa rotatividade entre os membros da equipe, considerado um fator relevante para sua interação.

[...] nós temos as nossas rotinas, a gente tenta seguir o que a empresa determina [...] nem sempre a gente consegue [...] porque tem sempre uma intercorrência [...] aí você acaba tendo que se adaptar [...]. (ENTREVISTADO 5 – HOSPITAL A)

[...] é um trabalho bom, que todos conseguem participar, dar a sua contribuição, [...] nós tentamos oferecer um atendimento humanizado [...]. (ENTREVISTADO 8 – HOSPITAL B)

[...] não existe aqui, por exemplo, estrelismo, do médico não falar, do médico não sei o que, [...] uma relação muito boa [...] entre as equipes [...] claro que tem um colega ou outro, que num dia, pode se aborrecer e se exaltar [...], mas isso é do homem é da pessoa [...]. (ENTREVISTADO 13 – HOSPITAL B)

O reconhecimento dos entrevistados quanto às especificidades das organizações hospitalares são evidenciadas por autores como Gurgel Junior e Vieira (2002), Colauto e Beuren (2003) e Fortuna e outros autores (2005). Essas são reconhecidas como organizações complexas por lidarem com situações que envolvem a vida humana e, portanto, atendem pessoas com diversos problemas de saúde. Nesse sentido, os serviços oferecidos funcionam ininterruptamente, o que exige a presença de equipes em quantidade suficiente para atender às diversas demandas.

No momento em que os entrevistados afirmam que a rotina de trabalho dessas equipes é preestabelecida pelos hospitais, se contrapõem a posições de autores como Merhy (1997), Schraiber e outros autores (1999), Gariglio e Radicchi, (2008) e Severo e Seminotti (2010). Eles afirmam que cabe à equipe construir conjuntamente o planejamento do seu trabalho, pensando no indivíduo como único, não cabendo, portanto, planejamentos prévios e fixos.

Essa possível dissonância que a equipe ressalta quanto à forma de realizar seu trabalho, “que nem sempre pode seguir ao preestabelecido”, pois a sua dinâmica pode exigir uma reorganização rápida do planejado, causando no subordinado culpabilidade e sentimento de incompetência, deve ser contemplada parcialmente, considerando que a literatura dos autores, ao conceber à equipe o planejamento do trabalho, deixou de considerar o hospital como uma organização, que precisa de parâmetros para medir e avaliar seus resultados e que as rotinas e procedimentos são resultantes de construções de aprendizagens anteriores a partir de conhecimentos, percepções, experiências, saberes e opiniões dos seus diversos públicos.

Dessa maneira, ressalta-se a importância da participação da equipe na construção do planejamento como aspecto democrático e motivador, que seja considerada a possibilidade de modificações em tempo real para atender às necessidades específicas, porém sem desconsiderar as rotinas e procedimentos preestabelecidos que sejam resultantes do acúmulo de aprendizagens organizacionais.

Ressalta-se também a fala de um entrevistado que entende a disponibilidade por parte dos membros da equipe para colaborar com o trabalho como consequência de uma norma do hospital, que é superior e não uma construção da equipe, contradizendo posicionamentos de autores como Merhy (1997), Eugênio Mendes (1999), Schraiber e outros autores (1999) e Fortuna e outros colaboradores (2005), de que a equipe é como um processo de relações em constante construção, devendo sempre ser avaliado, de forma que o seu modo de trabalhar reflita situações conjuntas e reais.

De maneira geral, a equipe é solicitada porque existe uma norma do hospital que é superior. Então, se eu precisar de alguém, ou se alguém precisar de mim, [...] e eu recusar tenho que dar uma justificativa do porquê [...]. (ENTREVISTADO 7 – HOSPITAL A)

Ainda dentro do cotidiano dessas equipes, ressalta-se a fala isolada de um entrevistado que percebe o serviço da equipe acontecendo: “cada um por si e Deus por todos”. No entanto, em outro momento da entrevista, esse mesmo entrevistado se contradiz ao afirmar que o nível de exigência da clientela é alto, e que a equipe trabalha de forma a manter sempre o respeito, a dedicação tanto no interior da equipe como entre a equipe e paciente. Ainda para o mesmo entrevistado, esses

são elementos que fazem parte da política organizacional que preza por uma liberdade muito grande associada a um respeito individual e que constrói relações interpessoais muito boas.

Tal posicionamento deixa transparecer uma instabilidade ao se posicionar como membro da organização e da equipe e na forma de perceber como está estruturado o processo de trabalho, apesar de reconhecer que a disponibilidade para o trabalho em equipe e a interação são elementos avaliados quando na admissão do trabalhador no hospital.

Os entrevistados foram unânimes ao afirmarem que reuniões com a finalidade de estudar casos de patologias que a equipe acompanha não é uma realidade vivenciada na sua rotina.

Conforme os entrevistados, o que existe são reuniões científicas mensais com variedades de apresentações, sendo que as reuniões direcionadas aos profissionais de enfermagem têm uma frequência também semanal. As mensais acontecem entre profissionais da mesma especialidade que fazem parte do quadro de funcionários do hospital. No que diz respeito às reuniões que envolvem a participação de todos os membros da equipe multidisciplinar das unidades pesquisadas, essas são esporádicas e acontecem de maneira informal quando se identifica algum caso específico que seja importante discutir.

Existem também, de acordo com os entrevistados, sessões clínicas que são palestras divulgadas para todo o hospital com tema predeterminado e que acontecem no auditório com a presença de um palestrante. Esse evento ocorre quando se identifica situações reais que evidenciam problemas importantes de saúde que surgem com maior frequência na rotina de trabalho.

Essas situações de reuniões multidisciplinares são ressaltadas por Fortuna e outros autores (2005) pelo fato de poderem significar momentos favorecedores para promoção do diálogo e interação, mas podem também se deparar com contradições e diferenças nem sempre expressadas objetivamente. Nessa pesquisa, não foi evidenciado pelas equipes que a reunião fosse uma meta da política organizacional, bem como não há o esforço próprio das equipes em estabelecer uma rotina de reuniões enquanto multidisciplinar.

[...] a empresa estimula muito o grupo de estudo [...] a equipe toda junta para se reunir é mais difícil [...] a maioria é mais direcionada para o enfermeiro [...].
(ENTREVISTADO 5 – HOSPITAL A)

[...] a equipe toda, [...] médico, enfermeiro, psicólogo, não existe nenhum espaço. [...] Acontece esporadicamente e de maneira informal [...] (ENTREVISTADO 8 HOSPITAL A)

[...] mas essa reunião multidisciplinar nunca [...] (ENTREVISTADO 12 – HOSPITAL B)

[...] tem as seções clínicas, [...] são casos que a gente discute marca um [...] professor dessa palestra [...] é divulgado para todo o hospital [...] (ENTREVISTADO 6 – HOSPITAL A)

[...] nós temos isoladamente seções, tanto da fisioterapia, como da enfermagem, como da minha equipe médica. Nós não temos uma seção única [...] são [...] separadas [...] (ENTREVISTADO 13 – HOSPITAL B)

Os entrevistados consideram “complicada” a forma de a equipe atuar frente aos problemas cotidianos, isso porque neste momento as pessoas se expressam de diversas formas. Alguns entrevistados consideram que essa é uma questão resolvida de forma tranquila, principalmente se acontecer na presença do paciente. Para outros, existem regras e medidas punitivas as quais são sempre sinalizadas, inicialmente pela coordenação, gerência e diretoria.

A equipe é muito tranquila, não sei se é a política do hospital que faz isso com a gente, ou se é um critério de seleção. [...] O objetivo [...] é sempre resolver o problema depois a gente discute onde foi que falhou, quem falhou [...] para que aquilo não se repita. (ENTREVISTADO 7 – HOSPITAL A)

Tudo o que acontece independente do grau de dificuldade de resolubilidade [...] a gente tem uma coordenação onde tudo isso é passado [...]. (ENTREVISTADO 5 HOSPITAL A)

[...] em termos de medidas punitivas, administrativas, ocorrem e ocorrem mesmo, [...] nós temos muitas regras, e é necessário, nós seguimos o tempo todo, [...] são colocadas pra gente, e bem sinalizadas. (ENTREVISTADO 12 – HOSPITAL B)

Aqui as relações são bem hierarquizadas, verticalizadas, existem os níveis que temos que nos submeter. E nós ficamos limitados, [...] por mais [...] que eu leve os problemas para os membros da unidade que possam resolver o assunto, eles também têm os limites e precisamos realmente partir para hierarquia superior [...]. (ENTREVISTADO 8 - HOSPITAL B)

Nesse contexto, o trabalho dessas equipes evidenciou, em alguns momentos de sua prática, de forma contraditória das concepções trazidas inicialmente por cada um: o planejamento, a organização e as rotinas do trabalho, nem sempre acontecem como previstas, devido à dinâmica e intercorrências as equipes necessitam modificá-

las de forma individual a não como uma construção conjunta; a ideia inicial da equipe atuar conjuntamente para desenvolver o trabalho é contraditória quando há uma percepção que a disponibilidade é imposta pelo hospital e finalmente trazem a ideia de que a equipe consegue internamente resolver os problemas cotidianos, mas logo em seguida afirmam que tudo deve ser repassado para a coordenação, podendo evidenciar que existe uma limitação da autonomia da equipe na sua atuação.

A partir desse contexto, pode-se inferir que a comunicação e a interação nem sempre estão presentes no trabalho dessas equipes, pois em alguns momentos ambas acontecem de forma individual, trazendo o entendimento de que não haja uma unanimidade quanto à forma de gerenciamento dos processos de trabalho ou uma insatisfação da forma como a equipe é gerida.

A subcategoria **Importância do papel de cada membro da equipe** – Para os entrevistados, a definição do papel de cada membro da equipe é importante no cotidiano do trabalho, percebem que os profissionais têm disponibilidade para trabalhar em equipe, no entanto esse deve ser um consenso, pois cada um precisa entender a necessidade das diversas especialidades; caso contrário, o esforço individual de cada um passa a não ter tanta importância. Ainda para os entrevistados, é preciso reconhecer o momento do seu limite de atuação profissional, e lançar mão do outro que naquele momento seja legalmente habilitado e capacitado para lidar com a situação.

Os entrevistados percebem ainda a atuação da enfermagem no atendimento ao paciente como “muito efetiva e forte”, uma vez que esta é a responsável pela assistência direta ao paciente durante as 24 horas, sendo assim, quase sempre são os primeiros que registram em prontuário ou tomam outras atitudes, sempre que ocorrem situações fora do previsto.

[...] percebo que existe uma atuação muito efetiva da enfermagem, ela tem o papel do cuidado com o paciente muito forte, existe uma preocupação, muito grande em estar notificando [...] alguma reação fora do previsto [...]. (ENTREVISTADO 3 - HOSPITAL A)

[...] em alguns momentos você tem que perceber que a sua função chegou a um limite e [...] lançar mão de um profissional que seja mais capacitado para lidar com [...] aquele problema [...]. (ENTREVISTADO 6 – HOSPITAL B)

Eu tenho disponibilidade para estar trabalhando em equipe [...] desde que a equipe entre em consenso com isso. Ela precisa entender que há necessidade [...] do serviço social, [...] do psicólogo, [...] do médico [...]. (ENTREVISTADO 9 – HOSPITAL B)

[...] o enfermeiro precisa estar sempre disponível, porque como ele está ali, ele é o centro, ele é uma referência [...] porque ele é o líder [...] ele gerencia [...] para poder [...] fazer esse tipo de trabalho [...] para que as coisas aconteçam. (ENTREVISTADO 5 – HOSPITAL A)

Ressalta-se que o entendimento no qual o profissional enfermeiro precisa “sempre” estar disponível para o trabalho em equipe multidisciplinar revela uma visão mais estreita em relação aos conceitos de autores como Merhy (1997) e Severo e Semiotti (2010) sobre equipe multidisciplinar e a forma como se desenvolve o seu trabalho. Pois, conforme esses autores, todos são responsáveis pelo modo de desenvolver o trabalho, de ocupar efetivamente seu espaço, de perceber como esse é planejado e gerido nos serviços e de produzir mudanças a partir da forma como se atua.

Portanto, nesse momento entende-se que, embora haja um discurso de valorização e importância de cada membro da equipe para o atendimento ao paciente, quando relatada a rotina esse reconhecimento se expressa conferindo certo destaque ao papel do enfermeiro ou da equipe de enfermagem apontada como centro, a referência, desconsiderando a importância e responsabilidade dos demais membros.

A subcategoria **A visão da equipe multidisciplinar quanto à percepção do paciente sobre o seu trabalho** – Essa subcategoria emergiu a partir do diálogo entre entrevistado e pesquisadora, ao longo das entrevistas; nessa abordagem foi ressaltada a opinião de cada membro da equipe sobre a percepção do paciente quanto ao atendimento recebido. Nesse sentido, os entrevistados relataram que a cada dia os pacientes estão mais atentos aos seus direitos e ao tipo de atendimento que recebem.

Conforme os entrevistados, diferentemente de experiências profissionais do passado em que o paciente se calava e aceitava tudo sem questionar, nesse momento qualquer deslize que eles percebam ou que considerem como inadequados são verbalizados em relação a qualquer especialidade. Sendo que, em alguns momentos, eles pedem para notificar por escrito a sua opinião e querem ser assistidos por várias especialidades que julgarem necessárias.

Essas particularidades características das organizações hospitalares e do tipo de serviço que é oferecido coadunam com o que destacam autores como Merhy (1997), Peduzzi (2001), Gurgel Junior e Vieira (2002), Fortuna e outros autores (2005) e Severo e Seminotti (2010), que a qualidade dos serviços pode ser entendida de diversas maneiras pelo paciente, percepção que pode envolver questões culturais, sociais, econômicas e religiosas, impulsionando desse modo as organizações a ofertar serviços nos quais a qualidade seja priorizada.

[...] a cada dia [...] as pessoas estão mais atentas a isso [...] e eles reclamam [...] as pessoas agora entendem que têm direitos, porque antes não [...] você ia para o hospital, [...] tinha que ficar caladinho e todo mundo fazendo o que queria e você tinha que achar [...] bom. Mas agora as pessoas estão cada dia [...] mais exigente [...] então qualquer deslize ou o que eles considerem algo que não está sendo adequados, eles estão falando em todas as categorias [...] eles querem a melhor assistência possível. (ENTREVISTADO 5 – HOSPITAL A)

Percebem, notificam e solicitam [...] então, quando falta o psicólogo ele pede, ele diz que deveria ter, quando falta o serviço social ele [...] quando falta nutrição, quando falta fisioterapia. Ele não se satisfaz e isso é unânime para todos os pacientes, ele não se satisfaz com o fato de está sendo atendido somente [...] pelo médico ou pelo enfermeiro, ele acha que aquilo dali tem que ter uma assistência maior. [...] são pacientes bem politizados. (ENTREVISTADO 9 – HOSPITAL A)

É possível constatar que a equipe percebe esse retorno não apenas como uma contribuição que o paciente dá quanto aos serviços recebidos, que se constitui uma importante ferramenta de gestão, mas também como uma avaliação permanente do seu trabalho.

4.2.5 Quinta categoria: a comunicação como facilitadora e dificultadora do trabalho em equipe multidisciplinar

A comunicação efetiva evidencia-se como elemento de importância para promover e facilitar o trabalho das equipes multidisciplinares de saúde, favorecendo o amadurecimento e a troca. Por outro lado, a comunicação que não promove a interação da equipe pode ser um fator que dificulta o desenvolvimento desse trabalho. Para entender esse aspecto no interior das equipes multidisciplinares de saúde, buscou-se evidenciar os principais meios e formas como essa se processa.

Esta categoria apresenta as seguintes subcategorias: a) Meios de comunicação; b) Comunicação vertical; c) Comunicação horizontal; e d) Participação nas decisões.

A subcategoria **Meios de comunicação** – Sobre a comunicação, os entrevistados perceberam que essa é uma necessidade entre as pessoas, e consideram que no ambiente hospitalar, no qual atua, ela acontece de maneira satisfatória às necessidades da equipe além do que é uma cultura que a organização prima, como peça chave para a rotina do trabalho das equipes.

Os entrevistados afirmam ainda que os meios de comunicação vigentes nos hospitais já estavam institucionalizados quando no seu ingresso na organização, informa que esta tem como rotina que as informações sejam repassadas verbalmente, através da ferramenta *Outlook*, telefone em rede ou durante as reuniões científicas de enfermagem que acontecem semanalmente e mensalmente.

[...] o hospital tem uma cultura em primar pela comunicação, ela é a peça chave para nossas rotinas, para nosso trabalho. Cada um tem uma preocupação de repassar para todos os membros da equipe algo novo que surja [...] para divulgar junto às lideranças. (ENTREVISTADO 3 – HOSPITAL A)

[...] os meios de comunicação [...] funciona de forma eficaz [...]. (ENTREVISTADO 7 - HOSPITAL A)

[...] quando eu cheguei já funcionava assim, as pessoas se comunicam porque é necessário se comunicar [...]. (ENTREVISTADO 8 – HOSPITAL B)

A comunicação ela é fluente, a equipe consegue se entender [...]. (ENTREVISTADO 9 – HOSPITAL B)

Os processos de comunicação como necessidade para o estabelecimento de relações na vida das pessoas e no interior das organizações corroboram com posicionamentos de autores como Chanlat e Bédard (1996) e Guareschi (2000). Ressalta-se também que a importância percebida pelos membros da equipe quanto à comunicação nessas organizações corrobora com a abordagem de Ribeiro (1977), quanto ao papel da comunicação nos hospitais.

A partir desses posicionamentos os entrevistados evidenciam que essas organizações têm a comunicação como importante elemento de gestão, e que os meios utilizados satisfazem as necessidades operacionais para o desenvolvimento do trabalho e o atendimento ao paciente.

A subcategoria **Comunicação Vertical** – Os entrevistados são unânimes ao afirmar que a equipe tem acesso fácil aos gestores, mas na prática as relações são hierarquizadas, verticalizadas com a existência de níveis aos quais as equipes devem submeter-se. Entendem que essa seja uma condição que causa limitações à

equipe no desenvolvimento do seu trabalho, pois ainda que os problemas sejam levados aos gestores da unidade para serem resolvidos, esses também têm seus limites e precisam partir para um nível hierárquico superior. Mas reconhecem que de modo geral são resolvidos em nível de gerência.

Nesse sentido, conforme os entrevistados há uma insatisfação que fica circulando internamente entre seus membros e dificilmente chegam às coordenações. Esse tipo de comportamento informal em ambientes organizacionais é evidenciado por Fortuna e outros autores (2005) quando afirmam que muitas coisas podem estar sendo faladas e/ou compartilhadas de maneira não objetiva, tornando-se importante a revisão e a compreensão desses pontos pela equipe.

Aqui as relações são bem hierarquizadas, verticalizadas, existem os níveis que temos que nos submeter. E nós ficamos limitados, por mais que eu [...] leve os problemas para os membros da unidade que possam resolver o assunto, eles também têm os limites e precisamos realmente partir para hierarquia superior [...]. (ENTREVISTADO 8 – HOSPITAL B)

Existe uma insatisfação que fica circulando entre os membros da equipe e dificilmente chegam às coordenações, às conversas ficam em paralelo [...] mesmo sendo prejudicados muitas vezes se calam, com o objetivo de manter o emprego [...], e funciona assim, eu acho que em qualquer lugar no mundo [...]. (ENTREVISTADO 7 – HOSPITAL B)

Entende-se que a existência de relações hierarquizadas e verticalizadas não contribui como espaço que promova a autonomia dos trabalhadores. No entanto, é necessário destacar que nesse tipo de organização essas mudanças sejam difíceis de processar, por envolverem interesses tanto dos profissionais que compõem a equipe quanto ao interesse dos serviços, pois, diante das especificidades com que são oferecidos, necessitam que essa autonomia seja vivenciada com compromisso e responsabilidade. Aspectos que concordam com conceitos e posicionamentos de autores como Fortuna e outros autores (2005), Matos, Pires e Campos (2009) e Severo e Seminotti (2010) e ainda por Feuerweker e Sena (1999) e Costa (2008).

É possível destacar que embora os entrevistados reconheçam que exista facilitação do acesso aos gestores “portas abertas”, transparece certo repúdio ao modelo verticalizado e ao retorno às suas demandas, que, segundo eles, não acontece de maneira satisfatória.

A subcategoria **Comunicação Horizontal** – Os entrevistados afirmaram que a comunicação no interior das equipes acontece de forma escrita através do

prontuário do paciente, verbalmente durante o desenvolvimento do trabalho, através das sessões científicas realizadas mensalmente ou através de reuniões de comissão, que se constituem sempre que pretendem fazer implementação de processos, por telefone em rede e através da ferramenta *Outlook*, para que o trabalho possa ser desenvolvido de forma mais adequada a cada paciente.

Escrita, no prontuário e verbal [...] a gente sempre lá na clínica quando eu estou trabalhando, [...] se comunica, eu sempre discuto com os médicos de cada paciente sobre o quadro clínico de cada um para poder nortear a minha prescrição [...] para poder eu melhorar e fazer meu trabalho [...]. (ENTREVISTADO 4 – HOSPITAL B)

Geralmente, contato pessoal, verbal, por telefone, ou então através de agendamentos já que nós utilizamos muito a ferramenta do *Outlook* para marcar reuniões ou e-mails. (ENTREVISTADO 3 – HOSPITAL A)

Para os entrevistados, a forma como se processa a comunicação internamente nas equipes, de modo geral atende satisfatoriamente às suas necessidades, essa percepção confirma o posicionamento de Campos (1994), em que o mesmo enfatiza a riqueza do espaço para fala e escuta no interior das equipes.

É possível inferir que, embora nesse momento a equipe reconheça como satisfatória a forma de se processar a comunicação, a existência de contradições quando os mesmos relataram as dificuldades e a forma como se processa o cotidiano da equipe na qual apontam fatores como: resistência por parte de alguns membros em desenvolver o trabalho em equipe, distanciamento de algumas especialidades na relação de trabalho e interação o que sugere que a comunicação no seu interior se processe basicamente com caráter formal.

A subcategoria **Participação nas decisões** – Os entrevistados conceberam visões contraditórias quanto à participação da equipe nesse processo. Para alguns membros, a equipe não é consultada quando o hospital quer deliberar alguma decisão esta é implementada e todos devem segui-la, a equipe é somente comunicada antecipadamente antes que as mudanças ocorram. Dos membros da equipe, apenas os profissionais médicos são consultados sobre a elaboração de algum processo de mudança.

Essa forma com que a equipe é vista na participação das decisões nessas organizações reflete uma visão contrária ao que propõem autoras como Schraiber e outros autores (1999) que evidenciam a importância da descentralização da tomada

de decisões como elemento importante para um processo democrático nas relações de trabalho e autonomia do sujeito.

Não, não é consultada [...] quando o hospital quer deliberar alguma informação, alguma tarefa, ele delibera e a gente tem que seguir [...]. Enquanto funcionário do hospital a gente precisa seguir as normas e rotinas [...]. (ENTREVISTADO 4 – HOSPITAL A)

[...] todos são chamados [...] principalmente nas reuniões científicas [...] ou então nas reuniões de coordenação [...] todo mundo é comunicado antes de acontecer [...]. (ENTREVISTADO 5 – HOSPITAL A)

Dos médicos sim, porque aqui no hospital a equipe médica da UTI é terceirizada, [...] mas, se a unidade não estiver cheia, os profissionais são recolocados em outro setor sem ninguém perguntar se o trabalhador quer ou não ir, isso em relação à equipe de enfermagem. (ENTREVISTADO 8 – HOSPITAL B)

Nesse momento é possível constatar a existência de um sentimento de exclusão do processo decisório, por parte de alguns membros da equipe, que denota certa injustiça, ausência de democracia e tratamento desigual entre as especialidades.

4.3 O COTIDIANO DE TRABALHO DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES NA VISÃO DOS GESTORES

Como na seção 4.2, as categorias, subcategorias de análise e as falas com os gestores foram construídas seguindo o mesmo princípio de liberdade e de respeito dos diálogos proporcionados durante as entrevistas entre membros da equipe multidisciplinar de saúde e pesquisadora.

4.3.1 Primeira categoria: concepção do trabalho da equipe multidisciplinar de saúde

Os gestores das organizações pesquisadas, aos quais as equipes estão diretamente subordinadas, conceberam o trabalho dessas equipes como de “suma” importância, responsabilidade e confiança, devendo ser desenvolvido de maneira interdisciplinar.

Os entrevistados ressaltam ainda que sempre foi uma prioridade do hospital prestar um serviço de excelência, assim se preocupam para que o atendimento

prestado pelos profissionais componentes de seus quadros estejam alinhados aos valores organizacionais. Afirmam, para tanto, que a oferta de constantes capacitações se baseia nas necessidades específicas e reais de cada trabalhador, sem desconsiderar o cumprimento de metas gerenciais que, segundo eles, diz respeito à qualidade do serviço, visando sempre ao desenvolvimento das pessoas e à humanização, sem perder de vista o resultado econômico e financeiro do hospital.

Essa concepção dos gestores acerca da equipe multidisciplinar, assim como da importância do seu trabalho nas organizações hospitalares, são evidenciadas por autores como Scholtes (1992 apud SOUSA; CAMPOS; RAMOS, 2001), Gurgel Junior e Vieira (2002), e Viana e Elias (2007).

[...] é de suma importância [...]. Nenhuma profissão, nenhuma especialização sozinha consegue, o enfermeiro não pode cuidar sem um médico para prescrever, por sua vez o médico não pode executar. [...] bem como a fisioterapia, nutrição [...] se não tiver o copeiro, a pessoa que vai lá oferecer o sorriso para a pessoa que está acamada e a gente percebe, [...] que essas pessoas, elas são muito importantes. [...] elas trazem a informação pra gente, às vezes o paciente [...] o ser doente que está na cama, ele não consegue ver na enfermeira, porque tem uma formalidade da representação, o médico também [...], mas o técnico consegue a pessoa da higienização, elas às vezes trazem coisas pessoais, que são importantes para você entender o subjetivo da doença. (ENTREVISTADO 2 – HOSPITAL A)

De responsabilidade, toda confiança, a parceria, todos os projetos, que são criados, são aprovados por eles então assim, é uma causa comum a todos. A gente busca fazer com que o serviço ande da melhor maneira possível, tanto para o nosso cliente externo, como para o nosso cliente interno que são os nossos funcionários. (ENTREVISTADO 3 – HOSPITAL B)

Nesse contexto, entende-se que existe um alinhamento entre as concepções dos gestores e dos membros da equipe quanto ao trabalho em equipe nos seus aspectos de responsabilidade, interdisciplinaridade e, sobretudo para geração de resultados, para a organização e para o paciente/cliente.

Esta categoria apresenta as seguintes subcategorias: a) Resolução de problemas da unidade; e b) Sugestões para o trabalho da equipe na unidade.

A subcategoria **Resolução de problemas da unidade** – Os gestores afirmam que a organização favorece a autonomia no cotidiano de trabalho de suas equipes, de modo que as mesmas possam resolver internamente seus problemas, ressaltam que quando isso não é possível são direcionados à coordenação, à gerência e à diretoria, no entanto, ressaltam não existir impedimento para que as mesmas possam apresentar suas demandas ou sugestões diretamente à direção, se assim

desejarem. Ainda conforme os gestores, quando se objetiva resolver problemas da unidade, as suas “portas estão sempre abertas”, destacam que o hospital tem como filosofia corrigir o erro e trabalhar para o mesmo não se repetir, tendo em vista que na área de saúde o trabalho é prestado por seres humanos que lidam com outros e com suas famílias.

[...] os problemas são direcionados geralmente para mim, quando não há resolutividade, [...] quando é uma coisa que eu não consigo resolver é passado diretamente para gerência, [...]. Porque uma coisa é questão salarial, como é que eu posso resolver? [...] então, tem que chamar a gerente para ver com a diretoria [...]. (ENTREVISTADO 10 – HOSPITAL B)

Diretamente a porta não é fechada [...]. Nós temos essa filosofia, sempre foi uma política de que, o erro, a gente vai corrigir e trabalhar para que ele não se repita. Porque somos humanos, que lidamos com humanos e com as suas famílias [...]. (ENTREVISTADO 2 – HOSPITAL A)

O entendimento dos gestores quanto à importância das pessoas para as organizações e ao tipo de serviço prestado pelos profissionais de saúde são evidenciados por autores como Colauto e Beuren (2003) e Monteiro (2009). Ressalta-se que a autonomia destacada pelos gestores, que é propiciada às equipes para resolução de seus problemas, está contemplada no que é apresentado por Severo e Seminotti (2010) no modelo de gestão que valoriza a organização como importante espaço integrador e de formação profissional.

No entanto, ressalta-se uma contradição desse posicionamento dos gestores em relação ao exposto pela equipe, que caracteriza a hierarquia do hospital de forma verticalizada, em que a equipe por mais que tente resolver internamente os problemas ou mesmo que seja levado a um gestor imediato da unidade esse tem o poder limitado de decisão e estão subordinados a níveis hierárquicos superiores.

Fica assim evidenciado que o reconhecimento dos gestores de que a organização favorece autonomia às equipes para que os seus problemas cotidianos sejam resolvidos internamente é contraditório à percepção dos membros da equipe, quando deixam transparecer a existência de limitações para a mesma resolver internamente os problemas que surgem, devendo os mesmos recorrer aos gestores em diversos níveis. Além de relatarem insatisfação do retorno às suas demandas.

Quanto à subcategoria **Sugestões para o trabalho da equipe na unidade** – Segundo os gestores, as equipes podem dar sugestões de maneira aberta, inicialmente são repassadas à coordenação. Quando à sugestão, diz respeito ao

desenvolvimento de alguma técnica de procedimento; o profissional é encaminhado ao setor de educação continuada para que sua proposta seja analisada, caso seja aprovada, é implantada e monitorada pela equipe para avaliar se está satisfatória às necessidades de trabalho da equipe e do paciente.

Os gestores afirmam que ao proporcionar abertura para a equipe fazer sugestões, desenvolve um clima organizacional e favorável para que todos possam fazer o melhor, não só pelo seu trabalho, mas principalmente para o resultado final do processo, que é atender bem ao paciente, promovendo e restituindo a saúde para que a alta hospitalar aconteça o mais breve.

A recuperação mais rápida do paciente foi uma das vantagens do trabalho em equipe multidisciplinar apontadas pelos gestores e também pelos membros das equipes e evidenciadas também por Gurgel Junior e Vieira (2002), os quais entendem que as organizações hospitalares, objetivando atender aos interesses dos usuários, buscam cada vez mais primar pela qualidade dos serviços prestados e pela satisfação do cliente/paciente.

Eles passam diretamente para mim todas as ideias que eles têm, [...] eles têm que ver, se tem possibilidade de ser implantada [...], se tem possibilidades, se é uma coisa para o bem do paciente, [...], do serviço, [...] toda abertura a equipe tem. (ENTREVISTADO 10 – HOSPITAL B)

[...] quando a sugestão é em relação à mudança de alguma técnica eles são orientados a relatar, sugerir através do setor de educação continuada [...]. (ENTREVISTADO 1 – HOSPITAL A)

De maneira, bem aberto. [...] a cada momento procura trabalhar com muita maturidade, para que a gente possa está fazendo o melhor não só para o meu trabalho, mas principalmente para o resultado final que é atender bem o paciente, promover e restituir a saúde para que ele tenha uma alta mais breve [...]. (ENTREVISTADO 2 – HOSPITAL A)

É possível perceber que sobre o aspecto sugestões, existe um alinhamento no posicionamento dos gestores e membros da equipe que confirmam que a organização reconhece a importância da participação e da contribuição da equipe para a melhoria dos serviços e do atendimento ao paciente, embora se evidencie que essa participação se restringe ao nível operacional.

4.3.2 Segunda categoria: avaliação da equipe frente a mudanças

Os gestores são claros ao referir-se a essa avaliação como importantíssima, uma vez que o trabalho não tem fluência nem continuidade caso não haja aceitação da ideia pela equipe.

Para os gestores, sempre que o hospital pretende implantar mudanças operacionais tem-se o cuidado de apresentá-la à equipe, assim como em construir coletivamente e seguir um planejamento. Igualmente afirmam que antes de implementá-las amplamente são utilizadas na forma de projeto piloto em uma unidade de internação, para que assim tenha a oportunidade de acompanhar, rever e aperfeiçoar o processo junto a esses profissionais.

Essa posição informada pelos gestores contradiz ao que foi evidenciado pelos subordinados que afirmaram que a participação destes se restringe aos processos operacionais enquanto as demais decisões são deliberadas nos níveis hierárquicos mais elevados, sendo a equipe apenas comunicada quanto à sua implementação.

[...] importantíssimo, importantíssimo [...], que os membros da equipe abracem a ideia [...] porque se não [...] as coisas não fluem, não há continuidade. Então, por isso a importância da interação [...]. (ENTREVISTADO 10 – HOSPITAL B)

Essas mudanças são realmente conversadas. Existem os projetos pilotos. Então assim, quando uma mudança vai acontecer é esclarecido, conversado, revendo processo, vendo tudo com eles. Então assim, as mudanças são percebidas porque são realmente comunicadas, conversadas e repassadas [...]. (ENTREVISTADO 2 – HOSPITAL A)

Todavia, apesar do reconhecimento dos gestores quanto à importância que representa a avaliação da equipe frente às mudanças para os serviços desenvolvidos nos hospitais, não ficou claro a partir de suas falas se esses hospitais fazem essa avaliação e se o fazem, de que maneira esta é realizada. Da mesma forma não foi um aspecto evidenciado pelos membros da equipe.

4.3.3 Terceira categoria: avaliando o trabalho e a interação da equipe multidisciplinar

Os gestores consideram importante avaliar como está sendo desenvolvido o trabalho da equipe, uma vez que cabe a esta o atendimento direto ao paciente e a

responsabilidade pela implementação do serviço que está diretamente relacionada à qualidade percebida pelo paciente.

Nesse sentido, os gestores relataram que realizam uma avaliação informal no desenvolvimento diário das atividades da equipe e no momento que é percebida alguma “falha” por parte do trabalhador, este é chamado e juntamente aos gestores avaliam o acontecido, e através de uma proposta educativa busca-se a correção do problema.

Ainda conforme os gestores, é realizada sistematicamente uma avaliação formal na qual se busca evidenciar *gaps* ou pontos de melhorias para o desenvolvimento do trabalho da equipe, conforme constatado durante a realização da pesquisa, no Hospital A, que aplicava uma destas avaliações com os profissionais de nível superior, incluindo os gestores, sendo a próxima etapa a realizar-se com os profissionais de nível médio em período já programado. Ressalta-se que no Hospital B não se evidenciou a realização da avaliação formal do trabalho da equipe.

De acordo com os gestores do Hospital A, anualmente são apresentados para a diretoria relatórios de todas as atividades desenvolvidas por cada unidade de internação, no qual são destacados os principais resultados e o alcance das metas gerenciais, investimentos em processos/qualidade, em ativos físicos, treinamento por equipe e por empregado. Conforme os gestores, a organização tem ainda como proposta que cada coordenador apresente esses resultados também para suas equipes.

Você tem que avaliar para ver se o serviço está sendo bem feito, a busca é pela qualidade [...] para o bem-estar do doente [...] a partir do momento que se detecta alguma falha a gente tem que buscar a causa [...]. (ENTREVISTADO 3 – HOSPITAL B)

Sim, existe uma avaliação diária. [...] a coordenação não aguarda uma avaliação formal para fazer uma correção, [...] um elogio, [...] uma advertência [...] e existem as avaliações formais [...]. (ENTREVISTADO 2 – HOSPITAL A)

Anualmente apresentamos um relatório para a diretoria, de tudo [...]. A proposta também é que esses resultados sejam apresentados para suas equipes [...]. (ENTREVISTADO 2 – HOSPITAL A)

[...] percebemos nas avaliações formais as coisas que podem ser trabalhadas, melhoradas [...]. [...] onde [...] percebe que algumas pessoas que tinham um potencial técnico maravilhoso, mas que o comportamento e até a comunicação

estava muito difícil, nesse momento por falta de uma avaliação pode classificar um profissional como ruim. (ENTREVISTADO 2 – HOSPITAL A)

Esta proposta dos gestores em apresentar os resultados para as equipes evidencia o reconhecimento e a valorização do seu trabalho, assim como incentiva o sinergismo, para que essa possa superar de forma mais tranquila os momentos de dificuldades e fragilidades, reconhecidas como elemento importante do trabalho em equipe, concordando assim com autores como Scholtes (1992 apud SOUSA, CAMPOS; RAMOS, 2001). Esta proposta pode significar ainda, um momento importante no papel do líder junto à equipe em promover esforços que possam ampliar aprendizagens e valorizar a estratégia da organização em relação ao trabalho em equipe. (SOUSA; CAMPOS; RAMOS, 2001)

No que diz respeito à avaliação da interação na equipe, os gestores afirmaram que essa acontece de maneira informal, no dia a dia, eles percebem o momento das sessões científicas, como oportuno para se mobilizar ações dessa natureza. Ainda para os gestores, as organizações pesquisadas trabalham a interação na equipe, por perceberem o quão importante é a coesão, que contribui tanto para a gestão quanto para o desenvolvimento do trabalho e para o fortalecimento das relações interpessoais que se refletem em maior comprometimento, satisfação e, conseqüentemente, melhor desempenho e favorecimento para a resolução de conflitos.

[...] grau de interação, eu procuro fazer muito, em sessão científica, nós fazemos trabalhos, por exemplo, fizemos um trabalho o ano passado voltado para uma creche, então interagiu toda a equipe [...] eu busco sempre fazer um trabalho de RH [...]. (ENTREVISTADO 10 – HOSPITAL B)

[...] quando você tem um grupo coeso é muito mais fácil, tanto a parte educacional para que eles possam trabalhar melhor, como a relação interpessoal que é muito importante [...] o rendimento é outro. (ENTREVISTADO 10- HOSPITAL B)

[...] eu acho que a gente tem um vínculo próximo com os profissionais das diversas áreas, então tanto a parte administrativa, como a diretoria médica, [...]. A gente não vê dificuldade de entrar em contato com as pessoas e de ter um retorno imediato às demandas [...]. (ENTREVISTADO 1 - HOSPITAL A)

No dia a dia a gente não tem maiores conflitos. Conflitos, eu acho que existe em qualquer instituição, mas são plenamente resolvidos, de forma amistosa [...]. (ENTREVISTADO 1 - HOSPITAL A)

Essa posição dos gestores coaduna com Scholtes (1992 apud SOUSA; CAMPOS; RAMOS, 2001), Fortuna e outros autores (2005) e Merhy (1997), que entendem como importante as relações interpessoais para o desenvolvimento do trabalho em equipe, podendo estar diretamente ligada também tanto ao modo de trabalhar como da forma com que estão estruturados os processos de trabalho nas organizações.

Diante do exposto, percebe-se na fala dos gestores a existência de um alinhamento com as falas dos membros da equipe multidisciplinar quanto à existência de um ambiente que favorece a interação no seu interior, ao reconhecerem que apesar de algumas dificuldades para desenvolver o trabalho em equipe, relacionadas, por exemplo, a: questões de relações pessoais, interesses individuais, desconhecimento do trabalho em equipe, resistência por parte de alguns membros e relação de poder, tudo é relativizado e/ou minimizado quando o que está envolvido é o atendimento ao paciente, “neste momento” tem-se como foco o alcance do resultado e a solução do problema.

4.3.4 Quarta categoria: comunicação como facilitadora e dificultadora do trabalho em equipe multidisciplinar

Conforme afirmaram os gestores, estes hospitais prezam pela fluência da comunicação entre as equipes multidisciplinares, gerência e direção. Segundo os entrevistados, inicialmente a comunicação é realizada através da coordenação, mas a equipe tem abertura para falar diretamente com a gerência ou a até mesmo com a direção, se assim desejar.

Os gestores ressaltaram ainda existir por parte dos hospitais pesquisados uma preocupação em relação à comunicação e por isso eles trabalham para que essa seja refinada e que não haja ruído. Para os gestores, é importante que as informações cheguem a cada um da forma mais clara possível, pois não se pode permitir que um erro prejudique o atendimento ao paciente. Ainda conforme os gestores, o hospital não tem como foco apontar culpado, embora esse uma vez identificado é advertido e tomado as medidas disciplinares cabíveis, o interesse concentra-se em ouvir as pessoas envolvidas para identificar possíveis erros e evitar que estes se repitam e resultem em prejuízo para a organização e para as equipes.

Portanto, os gestores entendem que na dinâmica do trabalho em saúde existem elementos que dependem da forma como se processa a comunicação, para

obtenção de resultados positivos, e que esse deveria ser um princípio universal para todos os hospitais.

A comunicação é feita toda direta comigo, quando eles não conseguem resolver algum problema comigo, a gente passa para a gerência de enfermagem, [...] e através da gerente a gente tenta viabilizar [...] o problema, mas abertura tem [...] tem acesso direto à gerência do hospital, à diretoria [...]. (ENTREVISTADO 10 – HOSPITAL B)

Procuramos que tudo seja muito refinado para que a informação chegue a mais pura possível porque eu não posso permitir que um erro cause problema ao cliente. Não existe culpado, vamos corrigir, então vamos fazer ouvir, ter certeza, [...]. (ENTREVISTADO 2 – HOSPITAL A).

Nessa área (saúde), na dinâmica do trabalho existem vários elementos que precisam da informação muito bem feita, para que o resultado seja bom. [...] isso deveria ser um princípio universal, para todos os hospitais. (ENTREVISTADO 2 – HOSPITAL B)

O empenho na fluência da comunicação destacada pelos gestores é evidenciado por Ribeiro (1977) como a essência do comando. Da mesma forma, a prática efetiva da comunicação no interior das equipes, ressaltadas pelos entrevistados é reconhecido por autores como Gastão Campos (1994) e Severo e Seminotti (2010) como importante elemento a ser vivenciado de forma a facilitar as relações pessoais e proporcionar abertura para novos conhecimentos, aprendizagens e autonomia do trabalhador.

As informações apresentadas evidenciam um alinhamento entre as concepções dos gestores e dos membros da equipe multidisciplinar quanto à importância da abertura proporcionada pelo hospital no processo de comunicação entre subordinados e gestores. No entanto, esse aspecto é contraditório quando os membros da equipe se referiram à verticalização das comunicações e do retorno às demandas encaminhadas à direção que nem sempre é satisfatório às suas expectativas, elemento que fica somente entre os membros da equipe, repercutindo como fonte geradora de insatisfação não sendo revelado aos gestores.

Os quadros de número 5, 6 e 7 referem-se a uma síntese de resultados obtidos das concepções, cotidiano e comunicação do trabalho em equipe multidisciplinar em saúde na visão da Equipe Multidisciplinar e Gestores.

Quadro 5: Resultados - Concepção do Trabalho em Equipe Multidisciplinar em Saúde

Equipe Multidisciplinar	Gestor
<p>Tem como objetivo o atendimento ao paciente e deve ser desenvolvido por um grupo de profissionais de diversas especialidades, de forma conjunta e em comum acordo;</p> <p>Conjunto de ações que exige coparticipação, comunicação e interação efetiva, além do objetivo único resguardado por cada membro.</p>	<p>De “suma” importância, responsabilidade e confiança, devendo ser desenvolvido de maneira interdisciplinar por várias especialidades.</p>
<p>Análise: Existe um alinhamento entre as concepções nos aspectos de responsabilidade, multidisciplinaridade e, sobretudo, para geração de resultados, mas que para a equipe transpareçam existência de sentimentos relacionados a tratamentos diferenciados dentro da equipe.</p>	

Fonte: Elaboração da autora

Quadro 6: Resultado - Cotidiano do Trabalho

Equipe Multidisciplinar	Gestor
<p>Existem rotinas predeterminadas;</p> <p>Boa relação interpessoal;</p> <p>Oportuniza o apoio mútuo e a tomada de decisão;</p> <p>Os pacientes percebem, relatam e escrevem quando alguma coisa no atendimento não os satisfaz;</p> <p>Recuperação mais rápida do paciente;</p> <p>Autonomia limitada para a resolução de problemas na equipe;</p> <p>Não ter clareza do trabalho em equipe multidisciplinar;</p> <p>Resistência por parte de alguns membros;</p> <p>Relação de poder no âmbito da equipe.</p>	<p>A organização favorece a autonomia no cotidiano de trabalho para resolução de problemas;</p> <p>A organização propicia abertura para a equipe participar das decisões;</p> <p>Consideram como importante a avaliação da equipe frente a mudanças, mas não ficou claro se é realizada;</p> <p>É realizada avaliação informal e formal do trabalho da equipe;</p> <p>A avaliação da interação é realizada de maneira informal.</p>
<p>Análise: Gestores e equipe se contrapõem quanto à autonomia, participação nas sugestões e relação de poder, que não foram evidenciados pelos gestores.</p>	

Fonte: Elaboração da autora

Quadro 7: Resultado – Comunicação

Equipe Multidisciplinar	Gestor
<p>A comunicação formal é satisfatória à equipe;</p> <p>Fácil acesso aos gestores, mas na prática existem níveis hierárquicos que a equipe deve submeter-se;</p> <p>A comunicação informal apresenta distanciamento e ruídos entre as especialidades;</p> <p>Nos processos de decisões só os médicos participam, os demais membros são apenas comunicados antecipadamente.</p>	<p>A organização preza pela comunicação fluente;</p> <p>A organização não tem como foco apontar o erro; embora, ao ser identificado, os membros da equipe sejam advertidos, sendo aplicadas medidas disciplinares;</p> <p>Não percebem dificuldade para o diálogo com nenhuma especialidade.</p>
<p>Análise: Constata-se a existência de sentimento de exclusão do processo decisório, por parte de alguns membros da equipe, que denota certa injustiça, ausência de democracia e tratamento desigual entre as especialidades.</p>	

Fonte: Elaboração da autora

5 CONCLUSÃO

Finalizada esta pesquisa, passa-se agora a tratar das conclusões a que se chegou. No primeiro momento trataremos dos objetivos específicos, das respostas às questões de pesquisa, em seguida respondemos ao problema e por fim trataremos do objetivo geral e da finalização, apresentando sugestões e recomendações para futuras pesquisas.

Dos objetivos específicos:

- a) Identificar a constituição da equipe multidisciplinar de saúde em organização hospitalar – considera-se alcançado na medida em que se conseguiu identificar como se dá o processo de constituição das equipes multidisciplinares na área de saúde em organizações hospitalares, tendo em vista que esse conjunto operativo implica na convergência de múltiplos saberes para obtenção do resultado positivo no atendimento ao paciente, com implicações nos resultados do hospital;
- b) Conhecer as concepções de trabalho em equipe sob a ótica do trabalhador e do gestor – considera-se alcançado a partir do momento em que gestores e subordinados apresentaram suas concepções sobre os principais pontos do trabalho em equipe considerados essenciais, tais como: objetivo comum, multidisciplinaridade, coparticipação, comunicação, interação e reconhecimento dos papéis individuais no trabalho em equipe, que se assemelham e concordam entre si, demonstrando a existência de um alinhamento conceitual entre as duas categorias;
- c) Conhecer como se desenvolve o cotidiano do trabalho dessas equipes – foi alcançado na medida em que os membros das equipes relataram a maneira como desenvolvem cotidianamente seu trabalho, destacando as rotinas das equipes, a importância da interdependência entre seus membros e a percepção desses em relação à opinião do paciente no que se refere à multidisciplinaridade e complementaridade. Tais fatores garantem, de maneira integral, o atendimento das suas necessidades e proporcionam ao paciente a capacidade de avaliar,

apontar pontos fortes e fracos e gerar retornos para as equipes e para a organização;

- d) Analisar o cotidiano do trabalho e da gestão das equipes multidisciplinares e o seu alinhamento com os conceitos e concepções – alcançados a partir do momento que se evidenciou a forma como se processa efetivamente o trabalho e a gestão no cotidiano como: a limitação do poder das equipes no planejamento do trabalho e a obrigatoriedade do cumprimento de rotinas preestabelecidas; a imposição de rotina da organização que nem sempre consideram a disponibilidade do profissional; a resolução de problemas internos da equipe, comunicação individual e unidirecional – interna às equipes –, limitação de autonomia e insatisfação na forma como a equipe é gerida por considerar resposta limitada dos retornos da gestão em relação às suas demandas, à existência de hierarquia e, ainda, aspectos como a centralização do processo decisório e do poder conferidos ao profissional médico.

Das questões de pesquisa:

- a) Como se dão as relações de trabalho no contexto da equipe multidisciplinar? A equipe reconhece a importância e a necessidade de cada especialidade para o atendimento ao paciente; a comunicação formal é instituída e atende satisfatoriamente às necessidades do trabalho, nesse sentido a equipe se comunica, interage, e de modo geral discute a evolução do quadro de alguns pacientes, porém a comunicação informal apresenta certo nível de distanciamento e ruídos entre as especialidades, o que dificulta o aprendizado coletivo. Evidencia-se que o ambiente de trabalho é propício do ponto de vista físico e operacional, no entanto o que se refere às relações, estas são impactadas por: a) interesses pessoais e profissionais; b) difícil convivência entre especialistas; c) relação de poder no interior da equipe; d) existência de diferenciação do profissional médico em relação aos demais membros, são fatores que dificultam a integração e interação.
- b) Como ocorre o processo de gestão da equipe multidisciplinar? Nos ambientes onde se desenvolveu a pesquisa empírica, percebeu-se a

ausência de: a) uma atividade de gestão do trabalho em equipe multidisciplinar de forma proativa; b) uma política gerencial que preze pela igualdade entre os membros que a compõem sem o favorecimento da manutenção da supremacia de alguns profissionais em detrimento de outros; c) uma política de comunicação mais dinâmica que favoreça aos subordinados autonomia para sugestões de melhorias não restritas a questões operacionais e uma predisposição da organização em ouvir e retornar de forma mais efetiva as demandas. Evidencia-se ainda que, embora os gestores apresentem no seu discurso concepções que se alinham com o que define a literatura, na prática esse alinhamento não acontece plenamente, pois permanecem presos a tabus e tradições que, embora reconhecidos como negativos, são perpetuados.

Diante desse contexto, quanto à forma de se processar essa realidade de gestão da equipe multidisciplinar nesses hospitais, faz-se necessário: romper com hierarquias rígidas que dificultem a autonomia; a superação de tabus históricos, acadêmicos e culturais trazidos por cada profissional; a ampliação do respeito à opinião do colega de equipe; um processo de comunicação que respeite a liberdade de expressão e favoreça a construção coletiva; o aprendizado contínuo e não o “se calar por pura obediência”. Considerando que estas organizações apresentam satisfação com os resultados do trabalho atuais mesmo considerando esses pontos negativos, é possível inferir que os seus resultados operacionais serão positivamente impactados a partir da melhoria da forma de desenvolvimento do trabalho e da gestão que certamente serão percebidos pelos clientes.

- c) As organizações hospitalares estão preparadas para o trabalho com equipe multidisciplinar? Fica evidenciado que as organizações hospitalares pesquisadas possuem elementos que favorecem a construção de um ambiente propício ao trabalho, tais como: estruturas físicas, técnicas e operacionais; rotinas e procedimentos bem definidos e institucionalizados; porém não existe uma política estruturada que reflita um tratamento multidisciplinar do trabalho em equipe, este é tratado com uma visão reducionista de equipe, limitando-se aos

agrupamentos de cada especialidade, distante dos conceitos apresentados pelos gestores e pela literatura. Considera-se, portanto, que essas organizações ainda não estão totalmente preparadas para o trabalho com equipe multidisciplinar.

Acerca do problema de pesquisa: Como se desenvolve o trabalho e a gestão da equipe multidisciplinar de saúde em organizações hospitalares? Fica evidenciada a existência de um ambiente favorável para as pessoas se relacionarem de forma amigável, apesar de alguns pensamentos divergentes no que diz respeito à questão da operacionalidade das atividades. Paralelo a isso, o trabalho se desenvolve de forma ordenada a partir da presença de diversas especialidades que se complementam, participação nas decisões e sugestões nos aspectos operacionais, comunicação formal que atende satisfatoriamente à equipe. No que se refere à relação entre esses profissionais, é permeada por interesses pessoais, profissionais e de poder que cada categoria profissional busca alcançar.

A gestão é desenvolvida buscando criar condições favoráveis de trabalho, a partir da disponibilização de requisitos físicos, técnicos e acesso a informações necessárias para sua realização, aspectos que têm favorecido a geração de resultados positivos refletidos na baixa rotatividade dos membros da equipe. No entanto, essa é gerida como equipe multidisciplinar do ponto de vista operacional e como agrupamento do ponto de vista da multidisciplinaridade, uma vez que não há níveis de troca, de interação e de alinhamento preconizados pelas teorias e pelas concepções tanto de gestores quanto de subordinados.

Considera-se como alcançado parcialmente o objetivo geral da pesquisa, que foi evidenciar uma correlação entre gestão da equipe multidisciplinar e assistência à saúde, ao se constatar correlações positivas como: a) baixa rotatividade entre os membros da equipe; b) participação da equipe no ordenamento de rotinas; c) comunicação formal satisfatória ao trabalho e correlações negativas como: a) comunicação informal com distanciamento e ruídos entre as especialidades; b) o aspecto da multidisciplinaridade na equipe é negligenciado em relação ao agrupamento de pessoas que às vezes atuam como se fosse equipe multidisciplinar; c) o entendimento contraditório de gestores e subordinados quanto à autonomia das equipes para internamente resolver seus problemas; e d) relação de poder no âmbito das equipes com supremacia do profissional médico em relação aos demais

profissionais, o que dificulta à integração, o diálogo linear, a comunicação fluente para construção da interação. No entanto, estes fatores não foram reconhecidos e/ou evidenciados pelos gestores. Destaca-se também que a entrevista aos gestores restringiu-se a coordenador das unidades pesquisadas e gerente de internação, portanto, outros aspectos que estão diretamente ligados à gestão das equipes não foram identificados. Portanto, a constituição da equipe multidisciplinar não é conformada apenas pela presença de diversos profissionais em uma unidade ou setor, e sim pela construção de uma relação de respeito ético e social em que cada um entenda a importância do seu trabalho na mesma medida do outro. Tal relação deve proporcionar o desenvolvimento de um respeito mútuo, de forma que o aspecto como a interdependência dos diversos saberes, conhecimentos e experiências sejam vivenciados pela equipe, objetivando construir um ambiente interno favorável à integração e à interação de seus próprios membros. Tudo isso deve realizar-se de forma conjunta, planejada e com objetivos únicos em prol do desenvolvimento da multidisciplinaridade como prática cotidiana de trabalho.

Ao concluir a presente dissertação, considera-se que esta seja uma contribuição que promova a reflexão acerca do trabalho e da gestão das equipes multidisciplinares em organizações hospitalares, considerando a correlação entre gestão e trabalho evidenciados, ao tempo que se reconhece a existência de limitações, tais como a resistência das organizações hospitalares em não disponibilizarem suas instalações e dados para pesquisas empíricas, e a limitação da permissão para entrevistar os profissionais médicos. Tal resistência conduziu a redução do número de organizações estudadas para apenas dois hospitais. Percebe-se que tanto o aprofundamento desta área como a inclusão de outras áreas ou campos de investigação no setor, ampliará ainda mais este estudo. Portanto, ao finalizar, recomenda-se como perspectiva de pesquisas futuras nessa área um estudo sobre o porquê das pessoas terem uma prática do trabalho em equipe multidisciplinar diferente do que concebem.

REFERÊNCIAS

- ABBAS, Kátia. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. 2001. Dissertação (Mestrado Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- ALMEIDA, Teófilo R. R. Perspectivas de sobrevivência do hospital. **Revista Paulista de Hospitais**, São Paulo, n. 5/6, p. 104-113, maio/jun. 1983.
- ALMEIDA FILHO, Naomar. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 11-34, Nov./dez. 2000.
- _____. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 13, p. 30-50, set./dez. 2005.
- ANDRADE, Rui Otávio Bernardes de; AMBONI, Nério. **Teoria geral da administração**. Rio de Janeiro: Campus, 2009.
- ARAUJO, Marize B.S; ROCHA, Paulo M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.
- AZEVEDO, Creuza da Silva. **Gerência hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro**. 1993. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.
- AZEVEDO NETO, Francisco de Paula Bueno de. **Desenvolvimento de tecnologia de gestão para ambientes hospitalares: o caso do Instituto Fernandes Figueira - FIOCRUZ**. 2004. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2004.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdos**. Tradução de Luis Antero reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BORBA, Gustavo de Severo; KLIEMANN NETO, Francisco Jose. Gestão hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 44-60, jan/mar. 2008.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de informação da saúde suplementar da ANS: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro, 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287/1998, 08 de outubro de 1998**. Brasília, DF, 1998.
- _____. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº 196, de 16 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, 20 setembro 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília, DF, 2009.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília, DF, 2001.

_____. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde**. [2011] Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acesso em: 9 fev. 2011.

_____. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. **Conceitos e definições em saúde**. Brasília, DF, 1977. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2010.

BULOS, Uadi Lammêgo. **Constituição federal anotada**. 9. ed. rev. atual. até a Emenda Constitucional n. 57/2008. São Paulo: Saraiva, 2009.

CAMPOS, Antônio Correia de. Hospital-empresa: crônica de um nascimento retardado. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 23-33, jan./jun. 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. Subjetividade e administração: considerações sobre modos de gerenciar equipes de saúde. In: MERTHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-03.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2010.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CHANLAT, Alain; BEDARD, Renée. **O indivíduo na organização – dimensões esquecidas – palavras: a ferramenta do executivo**. Tradução de Mauro Tapias Gomes. São Paulo: Atlas, 1996. v. 1

CIAMPONE, Maria Helena Trench; PEDUZZI Marina. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 53, n. especial, p. 143-147, dez. 2000.

COÊLHO, Bernadete Perez. **O reencantamento do concreto e as apostos nas mudanças nos modelos de atenção e de gestão do SUS**. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

COLAUTO, Romualdo Douglas; BEUREN, Ilse Maria. Proposta para avaliação da gestão do conhecimento em entidade filantrópica: o caso de uma organização hospitalar. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 7, n. 4, p. 163-185, out./dez. 2003.

COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos. **Trabalho em equipe no Programa Saúde da Família na concepção de enfermeiras**. 2005. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

COSTA, Roberta Kaliny de Souza; ENDERS, Bertha Cruz; MENEZES, Rejane Maria Paiva de. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 4, p. 530-536, out./dez. 2008.

DOSI, Giovanni. **Technological paradigms and technological trajectories: a suggested interpretation of the determinants and directions of technical change**. **Policy Research**, v. 11, n. 3, p. 147-162, Jun. 1982.

FEUERWEKER, Laura C.M.; SENA, Roseni R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? como se relacionam e o que têm a ver com nossa vida? **Olho Mágico**, Ano 5, n. 18, 1999. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/olhomagico/N18/home.htm>>. Acesso em: 5 jan. 2010.

FITZSIMMONS, James A.; FITZSIMMONS, Mona J. **Administração de serviços: operação, estratégia e tecnologia da informação**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

FORTUNA, Cinira Magali et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, mar./abr. 2005.

FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. In: _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1981. p. 99-111

GARIGLIO, Maria Terezinha; RADICCHI, Antônio Leite Alves. O modo de inserção do médico no processo produtivo em saúde: o caso das unidades básicas de Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 153-163, 2008.

GERSDORF, Ralph C. J. A contabilidade de custos no Brasil: qual seria um sistema prático, simples, eficaz? **Revista Brasileira de Contabilidade**, Brasília, DF, Ano 10, n. 33, p. 4-46, 1980.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GOMES, Romeu; DESLANDES, F. Suely. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 103-114, jul. 2004.

GONÇALVES, Ernesto Lima. **Administração de recursos humanos nas instituições de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1987.

GUARESCH, Pedrinho A. **Comunicação e controle social**. 3. ed. Petrópolis, RJ.: Vozes, 2000.

GURGEL JÚNIOR, Garibadi Dantas; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 325-334, 2002.

HABERMAS, Jurgen. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2003.

_____. **Técnica e ciência como ideologia**. Lisboa: Edições 70, 1994.

HARTZ, Zulmira M. de Araujo; CONTANDRIOPOULOS, Andre-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implementação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.

HATCH, Mary Jo. Organizational social structure. In:_____. **Organization theory: modern symbolic and postmodern perspectives**. Oxford; New York : Oxford University Press, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**: acesso e utilização de serviços de saúde. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/trabalho_e_rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_Anuual/2003/PNADsaude/>. Acesso em: 3 jan. 2011.

JANTSCH, Ari Paulo; BIANCHETTI, Lucídio. **Interdisciplinaridade**: para além da filosofia do sujeito. Petrópolis, RJ: Vozes, 1954.

KOTLER, Philip. **Administração de marketing**: análise, planejamento, implementação e controle. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

KOTLER, Philip. Projeto e gerência de serviço. In:_____. **Administração de marketing**: a edição do novo milênio. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2000. p. 447-473.

L'ABBATE, Solange. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

MARX, Ricardo. **Trabalhos em grupos e autonomia como instrumento de competição**. São Paulo: Atlas, 1997.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise de Elvira Pires; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 6, p. 863-869, nov./dez. 2009.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática: (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set-out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2010

MATUMOTO, Sílvia et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Dossiê. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 9-24, set. 2004/fev. 2005.

MEDICI, André César; MARQUES, Rosa Maria. Sistemas de custo como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde. **Cadernos Fundap**, Rio de Janeiro, p. 47-59, jan./abr. 1996. Disponível em:<<http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad19/Fundap%2019/SISTEMA%20DE%20CUSTOS%20COMO%20INSTRUMENTO%20DE%20EFICIENCIA%20E%20QUALIDADE.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2010.

MENDES, Edoília Maria Teixeira et al. Revendo estruturas e reorganizando nossa comunicação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 53, n. 3, p. 450-457, jul./set. 2000.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. (Saúde em Debate, 88).

_____. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. Tomo I

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de alguns de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 8 jun. 2010.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: _____; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-03.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2010

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, César Rodrigues (Org.). **Sistema único de saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã; 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec, 2010.

MINTZBERG, Henry. Adhocracia. In: _____; BERNARDES, Cyro. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995. p. 250-277.

MIRSHAWKA, V. **Hospital: fui bem atendido: a vez do Brasil**. São Paulo: Makron Books, 1994.

MONTEIRO, Marcella Rachel Mignac de Barros. A importância da gestão de pessoas para as instituições de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 11, n. 42, p. 42-48, jan-mar, 2009.

MOSCOVICI, Fela. **Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano**. 2. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.

NOGUEIRA, Luiz Carlos Lima. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte: EDG, 1999.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; COLLET, Neusa. Relações de poderes (inter) profissionais e (inter) institucionais no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 53, n. 2, p. 295-300, abr./jun. 2000.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Sociologia das organizações: uma análise do homem e das empresas no ambiente competitivo**. São Paulo: Pioneira, 1999.

OTTIS, Astrid Soares. **Análise dos fatores da gestão estratégica de pessoas: um estudo em uma instituição federal de ensino**. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Engenharia de Produção) – Instituto Federal do Espírito Santo, Cariacica, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. esp., p. 73-78, 2006.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

_____. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e Interação**. 1998. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 1998.

PEREIRA, Luciane et al. **Administração hospitalar: Instrumentos para a gestão profissional**. São Paulo: Loyola, 2005.

PESSINI, Léo. **Gestão da saúde no Brasil**. Conferência proferida durante o XII Congresso de Administração Hospitalar, 2009.

PINHO, Márcia Cristina Gomes de. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciência & Cognição**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 68-87, 2006.

QUINTO NETO, Antonio. A responsabilidade corporativa dos gestores de organizações de saúde e a segurança do paciente. **Revista Administração em Saúde**, v. 10, n. 41, p. 140-146, out.-dez, 2008.

RIBEIRO, Augusta Barbosa de Carvalho. **Administração de pessoal em hospitais**. 2. ed. São Paulo: LTR, 1977.

RICCARDI, Annie Lílian K. et al. O trabalho em equipe por meio de editor de texto coletivo. **Novas Tecnologias na Educação**, v. 7, n. 3, dez. 2009.

ROBBINS, Stephen P. **Comportamento organizacional**. São Paulo: Prentice Hall, 2005.

_____. **Fundamentos do comportamento organizacional**. 8. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2008.

ROCCHI, Carlos Antonio de. Apuração de custos em estabelecimentos hospitalares. **Revista Brasileira de Contabilidade**, Brasília, DF, n. 41, p. 19-27, 1982.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Incentivo a participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 1998. p. 7-17

SACOMANO NETO, Mário; ESCRIVÃO FILHO, Edmundo. Estrutura organizacional e equipes de trabalho: estudo da mudança organizacional em quatro grandes empresas industriais. **Gestão & Produção**, v. 7, n. 2, p. 136-145, ago. 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/gp/v7n2/a04v7n2.pdf>>. Acesso em: 7 fev. 2010.

SANTOS, Marco Antonio Merechia; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 32, n. 4, p. 65-74, 2003.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SEIXAS, Maria Auxiliadora Souza; MELO, Hermes Teixeira de. **Desafios do administrador hospitalar**. **Gestão e Planejamento**: Revista do Programa de Pós-Graduação em Administração, Salvador, n. 10, p. 16-20, 2004.

SEVERO, Silvani Botlender; SEMINOTTI, Nedio. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1685-1698, 2010.

SILVA, Ana Lúcia Abrahão da. O hospital e o Sistema Único de Saúde: a gestão hospitalar na perspectiva da micropolítica. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 75-98.

SOUSA, Maria Quiteria. L de; CAMPOS, Ana Célia C. F.; RAMOS, Rubens E.B. **Trabalho em equipe**: a base da qualidade nas organizações. Trabalho apresentado no XXIX Congresso Brasileiro de Ensino de Engenharia – COBENGE, 2001.

SROUR, Robert Henry. **Poder, cultura e ética nas organizações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

TACHIZAWA, Takeshy; FERREIRA, Victor Cláudio Paradela; FORTUNA, Antônio Alfredo Mello. Princípios considerados no modelo de gestão de pessoas. In: _____; _____; _____. **Gestão com pessoas**: uma abordagem aplicada às estratégias de negócios. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

URIBE RIVERA, Francisco Javier; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999.

UTERBACK, James M. **Mastering the dynamics of innovation**. Boston, Mass.: Harvard Business School Press, 1996.

VERGARA, Sylvia Constant. **Gestão de pessoas**. São Paulo: Atlas, 1999.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo M. Saúde e desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1765-1777, nov. 2007.

VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 25-31, jul./ago. 2003.

WESTPHAL, M F.; MENDES, Rosilda. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 47-61, nov./dez. 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA ADMINISTRADORES E/OU GESTORES.

Identificação do Hospital: _____

- 1) Como a política administrativa do hospital percebe o grau de satisfação dos membros da equipe multidisciplinar?
- 2) De que forma a direção clínica e administrativa avalia o nível de interação da equipe multidisciplinar? Por quê?
- 3) Como é feita a comunicação cotidiana entre a equipe multidisciplinar de saúde, do setor de clínica médica e da direção?
- 4) Qual a visão dos gestores em relação ao trabalho desenvolvido cotidianamente pelos profissionais de saúde de nível superior, das diversas áreas, no setor de clínica médica?
- 5) Os gestores avaliam o trabalho desenvolvido pela equipe multidisciplinar de saúde do setor de clínica médica? Por quê?
- 6) Caso avalie, o hospital percebe mudanças na atuação dessa equipe?
- 7) Quando o setor administrativo vai fazer alguma mudança na rotina do setor de clínica médica, ele convida algum membro da equipe para fazer parte da construção dessas mudanças?
- 8) Como a administração avalia a posição da equipe em relação às mudanças?
- 9) De que forma a organização hospitalar permite que a equipe multidisciplinar leve à direção os problemas concretos da unidade?
- 10) De que maneira essa equipe pode apresentar sugestões à administração?

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR INTEGRANTE DA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA

Identificação do Hospital: _____

- 1) Como você descreve o seu nível de satisfação enquanto multidisciplinar e membro da equipe multidisciplinar de saúde dessa unidade?
- 2) Como você avalia sua disponibilidade para interagir com todos os membros da equipe?
- 3) Como você avalia a disponibilidade e o nível de interação dos demais membros da equipe?
- 4) Como é estabelecida a comunicação entre os membros da equipe?
- 5) Como foi estabelecido esse canal de comunicação?
- 6) Como agem os membros da equipe diante da forma como é feita essa comunicação?
- 7) Como os problemas cotidianos encontrados na unidade são enfrentados pela equipe?
- 8) Caso seja necessário, como esses problemas são levados até o(s) setor (es) administrativo(s)?
- 9) Qual a periodicidade da equipe para se reunir e estudar?
- 10) Como você considera o ambiente físico da unidade de clínica médica como local de trabalho?
- 11) O hospital disponibiliza acervo bibliográfico e espaço físico para a equipe se reunir para estudo? São satisfatórios às necessidades da equipe?
- 12) Como você pode se expressar, ao seu superior imediato, em relação a algo que considere incorreto ou injusto?
- 13) Você é consultado quando o hospital vai tomar alguma decisão importante que envolva seus interesses pessoais?
- 14) A equipe de saúde da unidade de clínica médica é consultada quando o hospital pretende tomar alguma decisão que envolva seus interesses?
- 15) A equipe faz alguma sugestão para a melhoria da unidade? Em que a equipe multidisciplinar de saúde se baseia para dar sugestões?
- 16) Para você, o que é trabalho em equipe multidisciplinar?

- 17) Você consegue perceber uma recuperação mais rápida e efetiva do paciente, quando cuidado por uma equipe multidisciplinar de saúde?
- 18) Qual sua opinião sobre o trabalho de saúde desenvolvido por equipe multidisciplinar de saúde, na unidade de clínica médica?
- 19) Como você percebe a assistência à saúde prestada por essa equipe multidisciplinar?
- 20) Quais as vantagens de se trabalhar em equipe multidisciplinar de saúde?
- 21) O que dificulta o trabalho de saúde ser desenvolvido em equipe multidisciplinar?
- 22) Qual a sua disponibilidade para trabalhar em equipe multidisciplinar de saúde?
- 23) A disponibilidade de trabalhar em equipe multidisciplinar é a mesma em todas as categorias profissionais de saúde?
- 24) Qual (is) a(s) categoria(s) que apresenta(m) maior resistência?

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS PARA TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES

Identificação do Hospital: _____

Ficha de caracterização

1.	Qual sua formação multidisciplinar?
2.	Ano em que concluiu a sua graduação:
3.	Idade: Sexo: Estado civil: Tem filhos? Quantos?
4.	Possui alguma pós-graduação? Qual?
5.	Tempo que trabalha neste hospital (em meses):
6.	Cargo que ocupa neste hospital / setor de trabalho:
7.	Carga horária semanal neste hospital:
8.	Possui outro vínculo empregatício? Se positivo, qual CH? semanal?

Obs: Esta ficha será entregue separadamente aos participantes da Entrevista Semiestruturada para preenchimento no início da coleta de dados e após a assinatura do TCLE.

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TECLE)



**PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO ESTRATÉGICA**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: A GESTÃO DE EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Pesquisadora responsável: Lucimara Alves Silva

Instituição / Departamento: UNIFACS – Departamento de Ciências Aplicadas

Endereço da pesquisadora responsável: Rua Beirute, Nº 9, Ed. Concorde Aptoº 901, Bairro Graça – CEP 40.150-290.

Telefone do (a) pesquisador (a) responsável para contato: (71) 9993-4457 ou 9191- 2500.

Local da coleta de dados: Os dados serão coletados com os profissionais de nível superior, que compõem a equipe multidisciplinar no setor de clínica médica dos seguintes hospitais: Hospital Aliança, Hospital Santa Isabel, Hospital Português, Hospital Salvador, Hospital São Rafael.

Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) a conceder entrevista a esta pesquisa de forma totalmente voluntária. Antes de concordar com a sua participação e responder à entrevista, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Eu, Lucimara Alves Silva, pesquisadora responsável pela pesquisa, disponibilizo-me a esclarecer todas as suas dúvidas, antes que você decida a sua participação.

Portanto, expresso por este documento a minha aceitação em participar como sujeito da pesquisa que pretende evidenciar elementos da gestão de equipes multidisciplinares de saúde em ambientes hospitalares, no setor de clínica médica em Salvador, de autoria da mestranda Lucimara Alves Silva, a qual poderá utilizar-se do conteúdo de minhas informações para fins científicos, sem, contudo, desrespeitar a privacidade pelo sigilo quanto às informações pessoais confidenciais.

Foi-me esclarecido que esta pesquisa se trata de um estudo realizado como exigência para conclusão do curso de Mestrado em Administração Estratégica, da UNIFACS, e terá como coleta de dados a entrevista semiestruturada, que será gravada em gravador digital e transcrita a seguir, a fim de que possa ser por mim apreciada para a confirmação das informações aí contidas e até acréscimo de outras que julgar necessárias.

Fica aqui claramente expresso o meu direito, enquanto sujeito, de recusar-me a participar ou, tendo aceitado e assinado este termo, o de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que eu seja submetido à penalização.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Salvador, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Salvador, _____ de _____ de 2010.

Lucimara Alves Silva

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE APRESENTAÇÃO



UNIFACS
UNIVERSIDADE SALVADOR
LAUREATE INSTITUTIONS UNIVERSITY

**Programa de Pós-Graduação em Administração
Mestrado em Administração**

Salvador, 22 de julho de 2010

Prezado(a) Senhor(a),

Apresento-lhe a aluna LUCIMARA ALVES SILVA, regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação em Administração – Mestrado em Administração, desta Universidade Salvador – UNIFACS, que desenvolve pesquisa sobre o tema “A EMPRESA HOSPITALAR E SUA VISÃO DO TRABALHO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE”.

Venho, portanto, solicitar o apoio dessa Instituição, no sentido de contribuir com a disponibilização de dados através de entrevista com a equipe multidisciplinar de saúde e gestores da área administrativa da unidade de clínica médica, a partir da aprovação desse projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa até 28 de fevereiro de 2011, cujos dados serão utilizados na elaboração da dissertação.

Esclareço que a aluna apresentará a V. Sª. o seu plano de pesquisa e que, na sua dissertação, a identidade da instituição pesquisada será preservada se for solicitado. Informo ainda que só as dissertações e teses defendidas na universidade são publicadas no Banco de Teses e Dissertações se houver autorização do autor. Caso não haja autorização para publicação, apenas o resumo será publicado.

Certa de contar com sua compreensão, e colocando-me à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais, agradeço antecipadamente.

Seguem os contatos da aluna: Celular: 9993-4457 / E-mail: silvalucimara@uol.com.br

Cordialmente,

Profª Elvia Fadul
Coordenadora
Programa de Pós-graduação em Administração - PPGA
Mestrado em Administração

UNIFACS – Universidade Salvador
PPGA – Programa de Pós-Graduação em Administração
Mestrado em Administração
Rua Dr. José Peróba, 251 – Níquel / CEP: 41.770-245 – Salvador/BA
Tel (71) 3273-8595 / 8607 Fax: (71) 3273-8556
e-mail: madm@unifacs.br

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**UNIVERSIDADE SALVADOR
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Salvador, 16 de setembro de 2010

Jair Nascimento Santos
Lucimara Alves Silva

REF: Submissão de Projeto
Projeto: “A gestão de equipe multidisciplinar de saúde em organizações hospitalares”
FR: 363418
Protocolo nº: 04.11.21

Prezadas Pesquisadoras,

Apraz-nos comunicar que o seu projeto intitulado “A gestão de equipe multidisciplinar de saúde em organizações hospitalares” foi **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Salvador em Reunião Ordinária realizada em 13 de setembro de 2010.

Lembramos a V.S^a. da necessidade de enviar relatórios periódicos trimestrais acerca do progresso do referido projeto para este CEP, bem como o envio do relatório final consubstanciado e documentado conforme apresentado no cronograma de seu projeto. Informamos ainda, que em se tratando de projetos de conclusão de curso, monografias, dissertações ou teses, uma cópia do manuscrito final deverá ser encaminhada para nossos registros, bem como cópias dos artigos publicados decorrentes da pesquisa realizada sob nossa aprovação.

Na certeza do cumprimento ético de suas atividades de pesquisa, desejamos a realização de um ótimo trabalho e colocamo-nos à sua disposição para esclarecer quaisquer dúvidas ou questionamentos que se façam pertinentes durante a duração do estudo aprovado.

Cordialmente,

Prof. Dr. Francisco Kelmo, PhD (post-doc)
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Salvador

ANEXO C – OPINIÃO DO CLIENTE

Prezado Cliente

Agradecemos ter sua opinião sobre os nossos serviços, pois ajudará a atingir o nosso objetivo. Colabore conosco, preenchendo este questionário, e devolvendo-o no Faturamento ou Recepção Principal.

No verso, você poderá fornecer opcionalmente dados para contato, caso se faça necessário darmos algum retorno. Entretanto as informações de data e hora de atendimento são imprescindíveis para auxiliar pontos a serem corrigidos no nosso processo interno.

Observações

Assinale o conceito que você acha mais adequado para cada item, conforme a legenda.
Para os serviços não utilizados, deixe-os em branco.

Legenda

- 5 excedeu a expectativa
- 4 muito satisfeito
- 3 satisfeito
- 2 insatisfeito
- 1 totalmente insatisfeito

Questionário

Estacionamento

- Acesso 5 4 3 2 1
- Disponibilidade
- Segurança

Recepção Principal

- Cordialidade 5 4 3 2 1
- Tempo de espera
- Informações precisas

Internação

- Cordialidade 5 4 3 2 1
- Tempo de espera
- Informações precisas

Você recebeu orientação sobre a utilização dos equipamentos do apartamento (som, tv, geladeira, chamada de enfermeira, janelas)? sim não

Enfermagem

- Rapidez no atendimento 5 4 3 2 1
- Cordialidade
- Respeito à privacidade
- Orientação quanto aos procedimentos
- Pronto atendimento às prescrições
- Agilidade no atendimento / Alívio a dor

Fisioterapia

- Atenção dada pelos Fisioterapeutas 5 4 3 2 1
- Explicação dos procedimentos
- Orientação para alta

Nutrição

- Cumprimento dos horários 5 4 3 2 1
- Variação e apresentação do cardápio
- Sabor dos alimentos
- Serviço de Atendimento
- Orientação das Nutricionistas

Serviço Social

- Cordialidade 5 4 3 2 1
- Apoio na resolução dos problemas
- Orientações e esclarecimentos

Restaurante

- Variedades e apresentação do cardápio 5 4 3 2 1
- Sabor dos pratos
- Atendimento dos garçons

Hotelaria

- Condições de conforto do aposento 5 4 3 2 1
- Adequação das instalações
- Higienização
- Roupa de cama/banho
- Aparência e limpeza das varandas/corredores
- Atendimento dos funcionários da higienização
- Telefonia

Manutenção

- Elétrica 5 4 3 2 1
 - Hidráulica
 - Ar condicionado
 - Móveis
 - Demais equipamentos (tel, geladeira, chamada de enfermeira, janelas)
- Se você necessitou do serviço de manutenção, como classificaria?

Laboratório Clínico

- Coleta de exames 5 4 3 2 1
- Entrega de resultados
- Confiabilidade dos resultados

Hemoterapia/ Banco de Sangue

- Cordialidade 5 4 3 2 1
- Orientação dos procedimentos
- Segurança durante o atendimento

Serviço de Diagnóstico por Imagem

- (RX, Tomografia Ressonância, Ultrassonografia, Ecocardiografia e Hemodinâmica/ Radiologia Vascular) 5 4 3 2 1
- Cordialidade
- Atendimento de Enfermagem
- Atendimento Médico
- Entrega de Laudos

Qual o exame? _____

Alta

- Informações sobre a conta 5 4 3 2 1
- Atendimento no caixa
- Agilidade

Utilizou os serviços do Hospital anteriormente? sim não

Recomendaria os nossos serviços para familiares e amigos? sim não

Procurou o Hospital por:

- Indicação da família/amigos
- Encaminhamento do convênio
- Encaminhamento do médico
- Localização
- Outro motivo