

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

GIORGIA CATERINA QUATTRONE TROIANO VALENTIM CRUZ

O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO ENTRE OS MEMBROS DAS EQUIPES
MULTIPROFISSIONAIS: uma Torre de Babel ou um código comum apesar das
diferenças?

SÃO PAULO

2016

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO (PUC-SP)

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE

CURSO DE PSICOLOGIA

GIORGIA CATERINA QUATTRONE TROIANO VALENTIM CRUZ

O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO ENTRE OS MEMBROS DAS EQUIPES
MULTIPROFISSIONAIS: uma Torre de Babel ou um código comum apesar das
diferenças?

*Trabalho de Conclusão de Curso como
exigência parcial para graduação no curso de
Psicologia, sob a orientação da Profa. Dra.
Maria Cristina P. Gattai.*

SÃO PAULO

2016

AGRADECIMENTOS

À PUC-SP, pela oportunidade em fazer o curso, e a todos os meus professores, que auxiliaram, diretamente ou não, a constituição deste trabalho e influenciaram a minha formação acadêmica e como pessoal.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a Maria Cristina Pinto Gattai, pelas orientações, conselhos, auxílio, amizade e acolhimento, tanto durante este trabalho, como durante a minha formação acadêmica.

Ao Hospital Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e ao Instituto do Câncer Doutor Arnaldo Vieira de Carvalho, pela agradável recepção e permissão para a realização desta pesquisa.

Aos participantes da pesquisa, pois sem eles, nenhum trabalho seria construído.

À minha família, principalmente minha mãe Maria Cristina e meu pai Marcio pelo amor, criação, paciência, carinho, compreensão e apoio durante todos os momentos da minha vida e, principalmente, neste trabalho.

À minha avó, aos meus padrinhos, primos e outros familiares pelo incentivo e por compreenderem minha ausência em encontros familiares por causa da conclusão deste trabalho.

Ao meu cachorro, Bob, por sempre estar ao meu lado, confortando-me com um olhar e lambidas nos momentos de descontração.

Aos meus familiares que estiveram neste plano, como meu irmão Pierluigi, pelo apoio, paciência, amizade, incentivo, compreensão e por mostrarem o que realmente importa na vida.

Às minhas amigas de infância Beatriz, Danieli, Ingrid e Bruna e aos amigos da faculdade como a Amanda Felix, pelas risadas, orientações e amizade que se estenderão por muitos anos.

“Um dos grandes desafios da humanidade é aprender a arte de comunicar-se. Da comunicação depende, muitas vezes, a felicidade ou a desgraça, a paz ou a guerra.

Que a verdade deve ser dita em qualquer situação, não resta dúvida. Mas a forma com que ela é comunicada é que tem provocado, em alguns casos, grandes problemas.” Contos Árabes.

Área do conhecimento: 7.07.00.00-1 – Psicologia

Título: O processo de comunicação entre os membros das equipes multiprofissionais: uma Torre de Babel ou um código comum apesar das diferenças?

Nome do Orientando: Giorgia Caterina Quattrone Troiano Valentim Cruz

Nome do Orientador: Prof^a Dr^a Maria Cristina Pinto Gattai

RESUMO

O ambiente hospitalar caracterizado como um local de prestação de cuidados tem como instrumento principal na intermediação entre a equipe multiprofissional e o paciente, o processo de comunicação. Caracterizado pela troca de informações verbais, escritas ou em sinais, a comunicação pode atingir graus de eficácia ou de deficiência quando busca produtividade, com desentendimento entre os membros de uma equipe multiprofissional. Devido à importância que tais equipes representam no ambiente hospitalar, o presente trabalho teve como objetivo apresentar os aspectos facilitadores e dificultadores no processo de comunicação interpessoal em equipe multiprofissional na área da saúde. A metodologia utilizada foi o da entrevista semiestruturada. Para a análise dos dados, as falas dos entrevistados foram transcritas e submetidas ao método de categorização de conteúdo. Foi observado que a equipe, constituída de forma multidisciplinar, atua interdisciplinarmente. Como fatores facilitadores foram identificados a comunicação presencial; as trocas entre seus membros; o sentido de complementação entre as áreas do saber; a discussão em equipe dos procedimentos adotados no tratamento do paciente, entre outros. Quanto aos aspectos que dificultam o processo de comunicação foram identificados a discordância de opiniões; o atropelo de funções; a escassez de profissionais; E comunicar com outras equipes de outros departamentos.

PALAVRAS-CHAVE: Equipe multiprofissional, Processo de comunicação, Contexto hospitalar

LISTA DE ABREVIATURAS

CFM	- Conselho Federal de Medicina (CFM)
CRF-DF	- Conselho Federal de Medicina do Distrito Federal
ECRO	- Esquema Conceitual Referencial e Operativo
PNH	- Política Nacional de Humanização
PNHAH	- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SUS	- Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Objetivos para os pacientes e o número de citações na questão 1. Em sua opinião, qual a importância de uma equipe multiprofissional no atendimento a pacientes internados em um hospital?.....	p.38
Quadro 2: Funções, características da equipe multiprofissional e o número de citações na questão 1. Em sua opinião, qual a importância de uma equipe multiprofissional no atendimento a pacientes internados em um hospital? ...	p.38
Quadro 3: Sentimentos expressados e o número de citações na questão 2. Como é para você se comunicar com a equipe multiprofissional do seu trabalho?	p.40
Quadro 4: Experiências do processo de comunicação e o número de citações na questão 2. Como é para você se comunicar com a equipe multiprofissional do seu trabalho?.....	p.41
Quadro 5: Sentimentos expressados e o número de citações na questão 3. Como você se sente nessa equipe?.....	p.42
Quadro 6: Justificativa dos sentimentos e o número de citações na questão 3. Como você se sente nessa equipe?.....	p.43
Quadro 7: Vantagens e o número de citações na questão 4. Quais são as vantagens em se comunicar com os outros membros?.....	p.44
Quadro 8: Dificuldades e o número de citações na questão 5. Quais são as dificuldades em se comunicar?.....	p.46
Quadro 9: O que faz para sanar as dificuldades e o número de citações na questão 6. O que faz para superar as dificuldades encontradas?.....	p.47

SUMÁRIO

RESUMO	4
LISTA DE ABREVIATURAS	5
LISTA DE QUADROS.....	6
1. INTRODUÇÃO	8
2. EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS	10
2.1. A origem do trabalho multiprofissional na área da saúde	10
2.2. A origem do trabalho multiprofissional no Brasil.....	11
3. HUMANIZAÇÃO NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	14
4. ESTRUTURA DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS.....	17
5. COMUNICAÇÃO	21
5.1. Processo de Comunicação.....	21
5.2. Linguagem.....	26
5.3. Tipos de Comunicação.....	28
6. PROFISSIONAIS DOS HOSPITAIS.....	31
7. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS	36
8. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	37
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
Anexo A- Roteiro de Entrevista	55
Anexo B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	56
Anexo C- Parecer do Comitê de Ética	57
Anexo D - Transcrição das entrevistas	61

1. INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar é caracterizado como um local de atenção e prestação de cuidados aos pacientes. Os diferentes profissionais interagem entre si, compreendem e agem na totalidade do ser humano, proporcionando conforto, bem-estar e qualidade de vida, norteados pelo mesmo objetivo: a recuperação do paciente.

Os usuários encontram-se no local para a realização de cirurgias, decorrentes de alguma urgência, recuperação de procedimentos, doenças e intervenções que necessitam de acompanhamento dos profissionais do hospital. Na maioria das vezes, estão debilitados, adoecidos, vulneráveis, com demandas emocionais, como passando por algum sofrimento psíquico, necessitando de cuidados adequados e acolhimento por parte dos profissionais da saúde.

Devido a estas características de público, faz-se necessário a presença de profissionais capacitados, a fim de prestarem serviços de assistência integral a saúde, visando à melhora dos pacientes: Ou seja, a atuação de uma equipe.

As equipes de trabalho são formadas por diversos profissionais que colaboram para a disseminação e o aumento da qualidade da informação, por meio de discussões, troca de informações e questionamentos (GUEUDEVILLE, 2007). Por isso, o seu nome multiprofissional ou multidisciplinar.

Contudo, precisam trabalhar de forma interdisciplinar para atender o paciente. Ou seja, cada membro da equipe interage entre si, respeitando os diferentes saberes presentes e compartilhando o conhecimento prévio que tem, de forma que facilita o enriquecimento das partes e a horizontalidade das relações de poder (GATTÁS e FUREGATO, 2006).

Para evitar falhas ou distorções neste atendimento, a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional que atuam nesses locais torna-se crucial, pois é por meio desta que os profissionais transmitem, entre si, seus conhecimentos sobre o paciente.

O processo de comunicação dessas equipes é dinâmico e envolve um intercâmbio de mensagens entre os emissores e receptores, influenciando no comportamento de

ambos a curto, médio ou longo prazo. Neste sentido, necessita-se da compreensão das partes envolvidas sobre a informação ou fato a ser transmitido e os sentimentos envolvidos.

Desta forma, a comunicação, a partir do contexto apresentado e de acordo com Santos e Silva (2006), têm como função:

"Possibilitar ao profissional de saúde e ao paciente delinearem as necessidades a serem atendidas, para ajudar a pessoa que está sendo cuidada sentir-se um ser humano digno e com autonomia para solucionar seus problemas, visando a promoção, manutenção e recuperação de sua saúde física e mental, como também encontrar novos padrões de comportamento diante de uma situação inesperada". (p. 61).

É possível verificar que a interação entre os membros de uma equipe multiprofissional é exposta de forma aparentemente fácil de ser realizar, expondo qual o objetivo a ser alcançado nessa interação. Porém é apresentado na literatura (MARQUES, 2009) algumas dificuldades (conflitos) que esses profissionais enfrentam quando interagem com os outros membros da equipe multiprofissional em que atuam, devido a posicionamentos, percepções ou valores diferentes, como a sobreposição de saberes e o uso de termos compreendidos por sua profissão e não por todas.

Estes impasses relatados se transformaram em fatores motivacionais para a realização da presente pesquisa. A comunicação, um instrumento importante na relação entre os indivíduos, crucial na área da saúde no que diz respeito à produção de cuidados com os pacientes e familiares, que propicia a troca de conhecimento entre os membros da equipe, quando aplicada no dia-a-dia destes profissionais pode atingir graus de eficácia ou de deficiência quando busca produtividade, ocasionando também desentendimentos entre os membros da equipe multiprofissional.

A partir do acima exposto, busca-se responder a seguinte pergunta: O processo de comunicação influencia na qualidade do atendimento a pacientes internados em hospitais e na dinâmica de uma equipe formada por diferentes profissionais da área da saúde? Como hipótese de nulidade tem-se que o processo de comunicação não interfere na qualidade do atendimento direcionado a pacientes hospitalizados.

Para responder a essa indagação este estudo está organizado em duas etapas. A primeira caracterizada pela revisão bibliográfica abordando temas como equipes multiprofissionais, desde sua origem na área da saúde e no Brasil; a humanização do serviço prestado; a estrutura das equipes e o processo de comunicação. A segunda

apresenta os resultados obtidos com a realização de uma pesquisa de campo junto a uma equipe multiprofissional de um renomado hospital localizado na cidade de São Paulo, composta por diferentes profissões: Médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e técnico de enfermagem.

2. EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS

Para a compreensão da origem do movimento que culminou com a implantação de equipes multiprofissionais nas instituições de saúde brasileiras, convém retomar alguns fatos históricos.

2.1. A origem do trabalho multiprofissional na área da saúde

O conceito de equipe multiprofissional, ou multidisciplinar, no campo da saúde, foi influenciado fortemente pela noção de integração e mudança da forma em que se concebia saúde e doença.

Nos EUA, na década de 50 e durante o processo de surgimento da medicina preventiva, é proposto um projeto de mudança da prática médica em que é redefinido o papel do médico, pois começa a ser incorporada, na graduação destes profissionais, a ideia de trabalho em equipe multiprofissional coordenado por eles. (Peduzzi, 1998)

Aliada a esta mudança, é adotado uma nova concepção de saúde e doença, em que a saúde, um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF. Organização Mundial da Saúde, 2003). Ainda, surge o modelo biopsicossocial, em que a saúde do indivíduo é vista de forma integral, influenciada por vários aspectos (ambiental, físico, psíquico, subjetivo), necessitando de vários profissionais das diversas áreas da saúde, e não somente do médico e do enfermeiro, para compreender e cuidar-lo em sua totalidade.

Com isso, as práticas de saúde começam a atuar em busca de um bem-estar global dos pacientes, de forma que para a medicina, a doença de unicausal passa a ser multicausal, não havendo o enfoque somente na esfera fisiológica para explicá-la.

Assim, as equipes de saúde começam a surgir tendo como base a atenção integral ao paciente e sua atuação preventiva, curativa e de reabilitação a partir do novo conceito de saúde-doença. Vale ressaltar que é mantido, e até os tempos atuais, a centralidade do trabalho médico em que os outros saberes se agregam.

Junto a essas modificações (prática médica e concepção de saúde), ocorreu o crescimento populacional e, conseqüentemente, o aumento dos custos com a saúde, sendo necessário o surgimento da medicina comunitária, a qual tinha como objeto de intervenção as práticas sociais, fazendo parte desse período de extensão da prática médica, para suprir a demanda e os gastos da saúde da população. Com isso, fez-se necessário uma mudança na estrutura que compunha a prática médica por meio da inserção de outros profissionais, formando, assim, as equipes multiprofissionais.

2.2. A origem do trabalho multiprofissional no Brasil

No Brasil, o reconhecimento do ser humano em sua totalidade aliado à forma de atuação multiprofissional, foi implantada recentemente nas instituições. De acordo com Costa (2007), a partir da década de 80, frente às novas mudanças nas políticas de saúde e nos modelos assistências, as equipes multidisciplinares começam a ganhar destaque:

Com o movimento da Reforma Sanitária e as propostas de mudança do modelo assistencial, que se processaram no fim dos anos 80 e têm tentado se efetivar desde a década de 90, as equipes ganham relevância como forma de buscar a integralidade das ações e melhor qualidade dos serviços. (COSTA, 2007, p. 110).

Contudo, foi somente na década de 90 com a introdução de uma nova concepção de assistência integral à saúde, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (estabelecida na lei 8080/90, capítulo II Artigo 7), que as equipes multiprofissionais começam a ser introduzidas nos ambientes de atenção à saúde.

Como consequência, o conhecimento sobre os cuidados a serem realizados nos pacientes deixam de ser do domínio exclusivo dos médicos, passando a integrar outros profissionais de saúde, rompendo com a visão fragmentada e determinista constituída por bases disciplinares isoladas e adotando um modelo permeado pelas relações

horizontalizadas e pela troca de experiências (MATOS E PIRES, 2009), caracterizando um modelo multidisciplinar de atuação em que a interação entre os membros da equipe torna-se fundamental para proporcionar o atendimento completo aos internados.

No século atual, e de acordo com o Manual de Política Nacional de Humanização (2013), cabe às equipes multidisciplinares a promoção à saúde (ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e produção de material educativo); ações assistenciais individuais e em grupo de acordo com as especificidades; atender as demandas dos pacientes, visando à recuperação e melhora destes; participação em projetos de pesquisa, treinamento de outros profissionais; e atenção integral à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou à sua rede social.

O trabalho em equipe oferece a quebra da divisão do processo de trabalho; a possibilidade de responsabilização da equipe por um conjunto de problemas bem delimitados; a possibilidade de superação da inércia e da indiferença burocrática que caracterizam, atualmente, os serviços públicos de saúde (CAMPOS, 1992).

Com esta forma multidisciplinar de atuar, é observada a preocupação tanto dos profissionais, quanto dos órgãos regulamentadores em descentralizar a saúde e, com isso, prestar serviço pautado na universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde¹, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, por meio da promoção, proteção e recuperação da saúde a partir de ações preventivas, curativas e paliativas.

Vale ressaltar que apesar das equipes serem **multiprofissionais**, ou seja, um grupo composto por duas ou mais áreas do conhecimento que examinam um mesmo tema - o paciente, sob limites e especificidades de sua formação, sem que estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico, justapondo as disciplinas e não havendo cooperação entre os campos (TAVARES *et al*, 2005), é necessário que atuem de forma **interdisciplinar**, para a concretização da integralidade e de uma assistência de boa qualidade. Em outras palavras, de nada adianta uma equipe multiprofissional se não existir a troca entre os atores.

Segundo Tribarry (2003), na interdisciplinaridade há um axioma comum que define o grupo de disciplinas conexas num nível hierárquico imediatamente superior, enquanto finalidade, ou seja, coordenadas por princípios e objetivos comuns. Exemplificando pelo

¹ Princípios e diretrizes do SUS.

trabalho em equipe de saúde, na interdisciplinaridade as ações são planejadas em função das necessidades do grupo populacional a ser atendido, não se limitando às definições apriorísticas de papéis de cada profissional.

Trabalhar de forma **interdisciplinar** significa integrar conhecimentos de diferentes disciplinas, a partir de objetivos comuns, para que ocorra o esclarecimento do objeto de estudo, a compreensão do fenômeno em detalhe, profundidade e na totalidade de todas as suas partes. Esta forma de interação incentiva à reciprocidade, a horizontalidade e o enriquecimento das relações de poder entre os saberes.

Conforme estabelecido no Manual de Política Nacional de Humanização, no âmbito da atenção hospitalar e nos parâmetros para nível B e A², as equipes de saúde são compostas por no mínimo um médico e um enfermeiro. A introdução de outros profissionais da saúde à equipe é feita a partir das demandas dos pacientes e homologadas pelo médico.

Assim, mesmo com a atuação e interação das diferentes áreas do conhecimento, como psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas entre outros, são os médicos os coordenadores das equipes multiprofissionais e os protagonistas do encaminhamento hospitalar, pois decidem sobre técnicas, medicações, cura, internações e altas (ANGERAMI-CAMON, 1987 *apud* FOSSI *et al.* 2004). A partir das demandas dos pacientes é o médico quem determina o que os outros profissionais da equipe multidisciplinar precisam agregar ao atendimento.

Desta forma, partindo-se da concepção de interdisciplinaridade, apesar da posição ocupada pela medicina de responsável por coordenar o tratamento do paciente, de transmitir informações e solicitar procedimentos aos outros profissionais da equipe de saúde, ocorrerá a troca dos diferentes saberes na equipe multidisciplinar conduzindo a reciprocidade nos intercâmbios, de forma que, no final do processo interativo, cada disciplina saia mais enriquecida e o paciente considerado na sua totalidade biopsicossocial.

Apesar das inúmeras vantagens da multidisciplinariedade, uma dificuldade encontrada se relaciona a incorporação de diversas profissionais à equipe. Outro fator refere-se ao número demandado de pacientes, que pode comprometer a interação

² Para os hospitais estarem dentro dos padrões contidos na Política Nacional de Humanização, devem seguir os parâmetros para nível B e A, como um dos referidos acima, o que compõe as equipes multiprofissionais.

profissional e a articulação dos saberes e ações, dificultando a visão global e a prestação de serviço para aqueles que buscam cuidados da saúde.

3. HUMANIZAÇÃO NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

No documento base para gestores e trabalhadores do SUS, criado pelo Ministério da Saúde (2006), humanização é definida como:

- A valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- O fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;
- Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Especificamente no âmbito hospitalar, o Ministério da Saúde regulamentou, em 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que em 2003 tornou-se Política Nacional de Humanização Hospitalar, com o objetivo de promover uma nova forma de atendimento e, principalmente, um melhor relacionamento entre todos os atores envolvidos.

É possível observar, a partir da literatura, que a definição de humanização no contexto hospitalar é conturbada, se comparada com a definição de humanização, vez que apresenta vários significados tanto das explicações providas dos programas e políticas do Ministério da Saúde, como por autores que estudam a temática a exemplo:

"Humanização é desenvolvimento de ações que busquem a melhoria do contato humano presente em toda intervenção de atendimento à saúde [...] voltados à obtenção de melhores resultados no atendimento aos usuários e ao fortalecimento

do compromisso de toda equipe de profissionais com a mudança de cultura do atendimento à saúde nos hospitais (...)" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p.11).

Em contra partida de uma definição de humanização nos hospitais, o próprio Ministério da Saúde estabelece claramente quais os objetivos em utilizar a PNHAH, tais como, capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania, conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde, desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado, dentre outras³.

Para Reis, Marazina e Gallo (2004) humanização é uma possibilidade política de se alterar uma lógica utilitária e autoritária que produz sujeitos cerceados, fragmentados e incapazes. Pode inserir, no interior das organizações, espaços de liberdade de acolher, amparar, sustentar e dar significado à presença e às ações de profissionais de saúde, gestores e pacientes, ao considerar dimensões subjetivas e singulares.

Segundo Oliveira (2007), a palavra humanização na saúde adotou o significado de um processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais de usuários e profissionais, bem como os funcionamentos institucionais para a compreensão dos problemas e realização de ações que promovam boas condições de trabalho e qualidade de atendimento.

Humanização para o Ministério da Saúde (2003) é o conjunto de iniciativas que abrange a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico; o reconhecimento dos direitos, da subjetividade e cultura do paciente; e o valor do profissional da saúde.

Segundo Deslandes (2004) as ideias centrais de humanização do atendimento na saúde são as de (1) oposição à violência, compreendida como a negação do outro, em sua humanidade; (2) necessidade de oferta de atendimento de qualidade; (3) articulação dos avanços tecnológicos com acolhimento; (4) melhorias nas condições de trabalho do profissional e (5) ampliação do processo de comunicação.

A humanização, então, significa um processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais de usuários e profissionais, assim como funcionamentos institucionais importantes para a compreensão dos problemas e elaboração de ações que promovam boas condições de trabalho e qualidade de atendimento. É também um conjunto de elementos e atitudes que

³ Programa nacional de humanização da assistência hospitalar, página 14.

busca, no atendimento prestado pela equipe, um espaço acolhedor, que ampara e concede significado à presença e às ações de profissionais de saúde, pacientes e familiares.

A humanização pode ser definida como um processo de modificação nas instituições de saúde, bem como nas formas de atuar e de se relacionar dos profissionais e gestores hospitalares. A partir de um modelo que considera o indivíduo em suas dimensões biológica, histórica, psicológica, social, espiritual, emocional e subjetiva, tais profissionais atuam de forma acolhedora em prol da recuperação da saúde, tratamento do processo de adoecimento e do bem-estar geral dos pacientes e de seus familiares. Com um atendimento humanizado das equipes multiprofissionais é criado um ambiente em que o paciente e seus familiares sentem-se seguros em um local que acolhe suas demandas.

As equipes multiprofissionais, no contexto da humanização, prestam serviço e estabelecem relações satisfatórias que influenciam no tratamento do paciente. Para Boareto (2004) são atribuições dessas equipes:

- Manejo adequado das emoções e das dimensões subjetiva e social;
- Publicação de normas e portarias para fornecer o suporte legal;
- Investimento nas organizações, criando ambientes mais propícios e acolhedores;
- Difusão de novos protocolos, visando à sensibilização e capacitação de uma cultura institucional menos autoritária e voltada para as necessidades do usuário;
- Divulgação ampla de conteúdos e práticas que deem oportunidades ao usuário de escolher com maior autonomia e esclarecimento e o prepare para estabelecer relações simétricas com o profissional de saúde;
- Combinação da abordagem de saúde pública com a médica e a social;
- Criação de programas e políticas bem desenhadas que possibilitem a gestão hospitalar caminhar em direção à humanização e inclusão social.

Fazer uso da humanização é proporcionar um serviço de qualidade, que resgate o aspecto humano e digno que todo indivíduo em situação de adoecimento, internação ou cuidados merece receber.

4. ESTRUTURA DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS

As equipes multiprofissionais dos hospitais, no que diz respeito a sua estrutura e dinâmica de funcionamento, podem ser definidas como um grupo. Pichon (1994) conceitua grupo como o conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo, espaço e articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe, de forma explícita ou implícita, a realizar uma tarefa que constitui também sua finalidade.

Tais equipes possuem uma estrutura própria de interação. São heterogêneas no que se refere à formação profissional na área da saúde, na qual atuam, interagem, integram seus saberes pelo mesmo objetivo: A saúde e recuperação do paciente, ao mesmo tempo em que refletem sobre suas próprias dificuldades pessoais e grupais. O objeto de conhecimento - o paciente - é visto em sua totalidade, enriquecido pelos diferentes saberes.

Apesar de cada profissional ter atividades específicas de acordo com seu saber, o grupo tem ciência da tarefa explícita que une todos os seus membros - o bem-estar do paciente.

É interessante destacar que Pichon (1994) identificou que os membros do grupo quando se reúne, não realizam de imediato a tarefa estabelecida. Os participantes dos grupos antes de iniciarem a tarefa passam por um período antecedente denominado pré-tarefa. Neste período, as defesas dos sujeitos são eliciadas, para resistir às mudanças e elaboração de ansiedades, de forma que o verdadeiro objetivo (a conclusão da tarefa) não é iniciado de imediato.

Nessa etapa, os membros do grupo realizam outras atividades ou discutem outros assuntos, não evoluindo para a etapa seguinte, a elaboração da tarefa, o que pode gerar angustias e insatisfação entre os integrantes. É nesse momento que o coordenador do grupo deve intervir e conduzi-lo a análise sistemática dos fatores que impedem a entrada ao período seguinte.

Superada esta etapa, tem-se a fase da tarefa em que as equipes multiprofissionais são orientadas as ações, as tomadas de decisões, a metodologia de trabalho, técnicas, intervenções e condutas ao paciente. Do ponto de vista do papel do coordenador, a tarefa deve guiar todas as suas intervenções frente ao grupo.

Para Pichon (1994), quando o grupo trabalha sob a tarefa dita explícita, trabalha também com a implícita. A diferença é que na primeira, que opera na esfera consciente, trabalha-se sobre o objeto-objetivo, ou seja, o objeto de trabalho, no caso o paciente,

sobre o qual se pretende alcançar uma aprendizagem; na segunda, que opera na esfera do inconsciente, o objeto de trabalho é o grupo e sua dinâmica de funcionamento.

Esta forma do grupo atuar – explícito e implícito – leva-o a executar e a compreender a tarefa, diminuir os medos e ansiedades, resolver as contradições, conflitos interpessoais e individuais e esclarecer as dificuldades de cada integrante frente aos obstáculos.

O indivíduo efetivamente faz parte do grupo quando, ao ser incluído percebe a intersecção entre sua história pessoal (verticalidade) com a história social do próprio grupo (horizontalidade), tomando consciência de si e dos outros, possibilitando a criação de identidade do grupo e sanando com as dificuldades criadas no campo grupal.

Há, segundo o autor, um fator presente no grupo que facilita a horizontalidade, interdisciplinaridade, a planificação, o manejo das relações e de seus conteúdos, em que o sujeito se modifica e modifica o meio em que está inserido. A esse fator Pichon (1994) denomina ECRO Grupal.

ECRO (Esquema Conceitual Referencial e Operativo) é um esquema de referência de cada indivíduo, constituído por suas ideologias, conjunto de experiências, formas de pensar, afetos, conhecimento, vivências etc. que confrontados com os ECROS dos outros membros do grupo, configura um ECRO comum - o grupal - por meio de um movimento de espiral dialética a que Pichon (1994) nomeia de Cone Invertido.

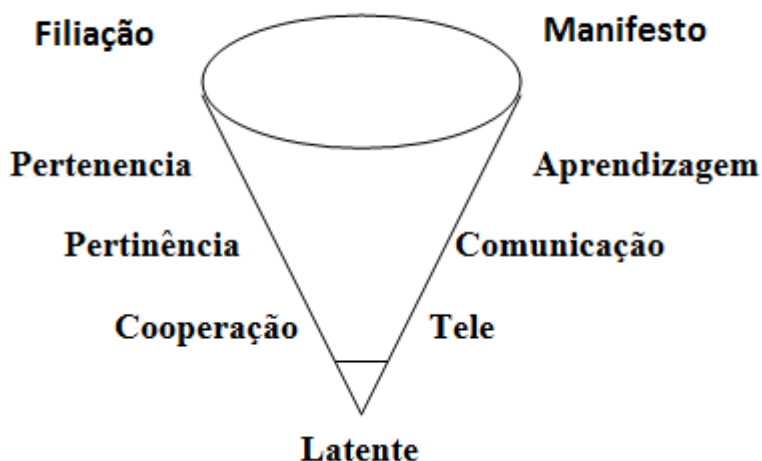


Figura 1: Cone Invertido.

Fonte: Adaptado de Pichon (1994)

No que diz respeito a sua estrutura, na base do Cone Invertido encontram-se os conteúdos emergentes (manifestos) do grupo. Em seu oposto, no vértice, encontra-se o conteúdo latente, implícito, e dos medos básicos ou universais (medo da perda e medo do ataque). A espiral, representante do movimento dialético de indagação e esclarecimento, caminha do conteúdo explícito ao implícito, revelando os medos subjacentes do grupo, através dos sete vetores de aprendizagem do Cone Invertido (filiação, pertença, pertinência, cooperação, tele, comunicação e aprendizagem)⁴. É esse movimento que possibilita ao grupo obter a mudança desejada e o equilíbrio da unidade de trabalho. No movimento dialético de transformar o conteúdo implícito em explícito, figuram os papéis de porta-voz do grupo (participante que denuncia o conteúdo latente), o coordenador ou co-pensador (interpreta a informação e a devolve para o grupo) e o novo emergente (acontecimento que aparece como resposta do grupo à interpretação efetuada).

Por meio do ECRO individual e do ECRO grupal é possível alcançar a heterogeneidade na composição dos grupos, vez que cada membro aborda a tarefa em comum trazendo um enfoque e conhecimento a respeito de sua área, experiências, estudos e tarefas, realizando trocas com os membros das outras disciplinas até chegar a uma integração ou construção enriquecida do objeto de estudo.

Com o ECRO comum, é possível estabelecer a comunicação no grupo e a aprendizagem por meio da tarefa, gerando mudanças, solução de conflitos no grupo e enriquecimento do esquema referencial, mantendo-o flexível e operativo, contribuindo para o fortalecimento do vínculo entre seus membros.

Para Pichon (1994. p.224), vínculo é “como uma estrutura complexa que inclui um sujeito, um objeto, e sua mútua inter-relação com o processo de comunicação e aprendizagem”.

⁴ **Filiação** ou identificação com os processos grupais, com os quais, o sujeito guarda uma determinada distância, sem incluir-se totalmente no grupo. Este primeiro momento é próprio da história de todo grupo e é o momento dos membros se conhecerem; **Pertença** ou permanência, momento de maior integração do grupo, o que permite aos membros elaborar uma estratégia, uma tática, uma técnica e uma logística; **Cooperação**, ocasião em que se torna manifesto o caráter interdisciplinar do grupo operativo e a interrelação da horizontalidade e verticalidade. Consiste na contribuição, ainda que silenciosa, para a tarefa grupal; **Pertinência**, centralização do grupo em torno da tarefa prescrita e no esclarecimento da mesma; **Comunicação**, verbal ou não-verbal, que leva-se em consideração o conteúdo, o como e o que dessa mensagem. Quando estes elementos entram em contradição, configura-se um mal-entendido no interior do grupo; **Aprendizagem**, obtida pela somatória das informações dos integrantes do grupo, que produzem juntos uma mudança; **Telê**, definida como o clima grupal e a disposição positiva ou negativa para trabalhar com um membro do grupo, que pode ser traduzido como a transferência positiva ou negativa do grupo com o coordenador e pelos membros entre si.

O vínculo é estabelecido quando ocorre uma mútua representação interna dos sujeitos. Existe um emissor, que codifica a mensagem, e um receptor, que decodifica a mensagem e a retorna para seu emissor e quando interagem ao mesmo tempo em que o fazem para alcançar objetivos, interiorizam o outro e atribuem ao vínculo estabelecido características boas ou ruins as quais influenciam na interação no grupo.

Durante este processo ocorre a integração, e quando esta fica estancada pelos medos e ansiedades do grupo, paralisa a comunicação, a aprendizagem e a identidade grupal. Como resultado, a adaptação à realidade é impedida ocorrendo um prejuízo quanto à internalização do outro, limitando a ideia de grupo interno.

Na área da saúde cada profissional contribui com seu próprio ECRO individual na atuação sobre o paciente e em sua recuperação. Em equipes multiprofissionais esse ECRO individual contribui para a criação do ECRO comum ao grupo. Esse movimento de transformar uma atuação singular em uma plural, pode acarretar conflitos entre os membros da equipe, já que cada profissional carrega um saber fazer específico de sua área de atuação e compartilhar esse conhecimento pode não ser facilmente compreendido pelos outros saberes podendo gerar mal entendimento ou mesmo desencadear conflitos dentro do grupo.

Conflitos emergentes e não resolvidos na equipe, podem comprometer os atendimentos aos pacientes e familiares que podem, por exemplo, não entender as informações transmitidas pela equipe multiprofissional. A falta de compromisso de alguns membros da equipe ou o fato de não trabalharem pelo mesmo objetivo, por exemplo, interfere negativamente na qualidade da assistência prestada ao paciente, desencadeando, o estresse e frustração no grupo de trabalho (LEITE E VILA, 2005).

Outro fator gerador de conflito nas equipes multiprofissionais, diz respeito à valorização social. Algumas profissões, como a do médico, são consideradas superiores a outras e existem relações de subordinação que respeitam uma hierarquia entre os profissionais. As diferenças técnicas transformam-se em desigualdades sociais entre os agentes do trabalho e a equipe acaba por expressar as diferenças e as desigualdades. (Peduzzi, 2001 *apud* Almeida, 2007).

Com isso, os problemas, velados ou não, providos do relacionamento entre os membros de uma equipe multiprofissional atuam como importante obstáculo na prestação de serviços à saúde dos pacientes. A identificação de conflitos, resolução de problemas e

a integração da equipe de saúde são imprescindíveis para que o atendimento e o cuidar alcancem as diversas necessidades do paciente considerando sua totalidade (FOSSI *et al.* 2004).

5. COMUNICAÇÃO

Comunicação, palavra derivada do latim *communis* que significa “tornar comum” e faz referência à palavra *communicatio* que significa “ação de comunicar” (TORRINHA, 1942), pode ser compreendida como o processo de estabelecer um sentido ou uma unidade de pensamento comum entre emissor e receptor. Ou seja, tanto o emissor como o receptor devem ser participantes ativos desta interação social, a fim de que o pensamento seja transmitido, recebido e interpretado de maneira adequada.

Para maiores esclarecimentos, a seguir, será detalhado esse processo, seus elementos e tipos de comunicação.

5.1. Processo de Comunicação

Um dos precursores sobre as teorias de comunicação é Jürgen Habermas (1984). Para o autor a teoria da ação comunicativa, pode ser definida como a interação entre, no mínimo, dois sujeitos, o emissor e o receptor da mensagem e tem por objetivo levá-los a entender o que foi dito e a compreender a situação e os planos de ações que serão realizados, após o início do canal de comunicação:

"A ação comunicativa ocorre sempre que as ações dos agentes envolvidos são coordenadas, não através de cálculos egocêntricos de sucesso, mas através de atos de alcançar o entendimento. Na ação comunicativa, os participantes não estão orientados primeiramente para o seu próprio sucesso individual, eles buscam seus objetivos individuais respeitando a condição de que podem harmonizar seus planos de ação sobre as bases de uma definição comum de situação" (HABERMAS, 1984 p 285, 286).

Para o autor o processo de comunicação pressupõe a razão comunicativa, isto é, o momento em que os sujeitos buscam ser compreendidos por meio da via de entendimento sobre o assunto tratado, fazendo uso da linguagem e de interpretações culturalmente transmitidas, referindo-se a algo em um mundo objetivo, em seu mundo social comum e em seu próprio mundo subjetivo simultaneamente.

De acordo com Habermas (1984) o mundo objetivo é a totalidade dos fatos cuja existência pode ser verificada; o mundo social é a totalidade das relações interpessoais que são legitimamente reguladas; o mundo subjetivo é a totalidade das experiências do locutor as quais, em cada situação, apenas ele tem acesso privilegiado.

É a partir desses três mundos que o sujeito é capaz de criticar a fala do outro fazendo uso da veracidade, da correção normativa e da autenticidade relacionados aos mundos elencados.

Quem inicia um processo de comunicação, o faz objetivando ser compreendido pelo ouvinte. Como as interpretações variam a partir da realidade dos mundos social, objetivo e subjetivo e do acúmulo de conhecimentos do receptor da mensagem, o entendimento do que é dito pode ser comprometido, influenciando o processo de comunicação.

Para Gattai (2006), comunicação pode ser entendida como:

"O processo pelo qual a informação é trocada e entendida por duas ou mais pessoas, normalmente com o intuito de motivar ou influenciar o comportamento. Comunicação não é só enviar informações. Esta distinção entre compartilhar e anunciar é crucial para um processo comunicacional bem-sucedido" (GATTAI, 2006, p.1)

Para PICHON (1994), a comunicação, que pode ser verbal ou não-verbal (como os gestos), é pautada como um dos vetores de interação entre os membros de um grupo. Por meio deste são expressos os transtornos, dificuldades e facilidades no grupo durante o enfrentamento da tarefa. Segundo o autor, toda alteração da comunicação grupal se deve a uma dificuldade na aprendizagem, e vice-versa, que circula por um canal de comunicação que inclui ruídos, dentre eles a forma como a mensagem é decodificada pelo receptor.

No caso das interações dos grupos, estes ruídos podem levar os membros a realizarem suas atividades de acordo com suas metas individuais, trabalhando, cada um, segundo seus próprios princípios.

Vanoye (1996) estabelece que a comunicação tem por objetivo a transmissão de uma mensagem. Para o autor, o processo de comunicação abrange a combinação de vários fatores essenciais para o alcance dos objetivos que se relacionam e influenciam este processo.

Para Vanoye (1996), o processo de comunicação envolve oito elementos apresentados no esquema abaixo e detalhados em seguida:

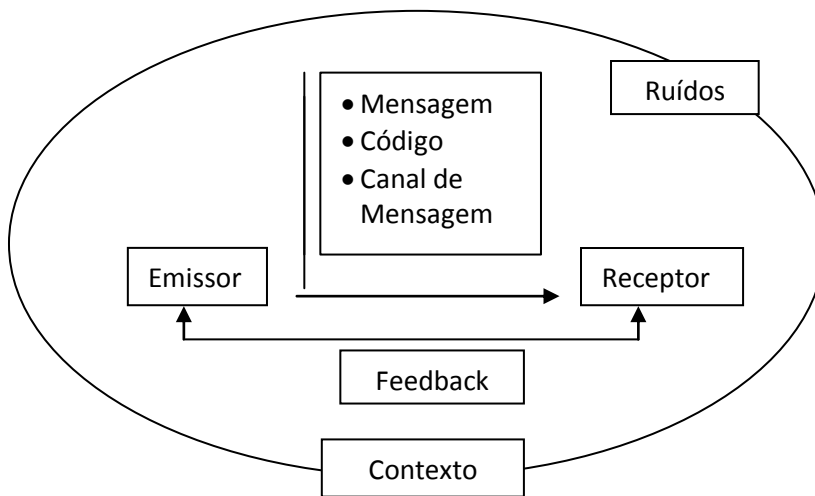


Figura 2: O processo de Comunicação

Fonte: Desenvolvida pela autora

- O emissor ou destinador, é quem emite a mensagem podendo ser um indivíduo ou um grupo;
- O receptor ou destinatário é quem recebe a mensagem. Pode ser também um grupo ou um indivíduo e que não necessariamente irá compreender de imediato a mensagem, uma vez que a comunicação só se realiza efetivamente se a mensagem foi compreendida e não somente recebida;
- A mensagem é o objeto da comunicação e constituída pelo conteúdo das informações transmitidas;
- O canal (is) de comunicação, é a via de circulação da mensagem. São os meios técnicos, como o sonoro, que o destinador tem acesso a fim de assegurar o encaminhamento de sua mensagem para o destinatário;
- O código, um conjunto de signos (a menor unidade dotada de sentido num código) e regras de combinação destes signos em que o destinador utiliza para elaborar a sua mensagem e o destinatário identifica, se seu repertório for comum ao do emissor;
- O referente, constituído pelo contexto, situação e objetos reais os quais a mensagem remete. Pode ser do tipo situacional (constituído pelos elementos da situação do emissor e do receptor e pelas circunstâncias de transmissão da mensagem) ou textual (constituída pelos elementos do contexto linguístico).

- E o *feedback*, o conjunto dos sinais perceptíveis que permitem conhecer o resultado da emissão da mensagem, ou seja, se o que foi dito fora recebido e compreendido.
- E o ruído, o que afeta, em graus diversos, a transmissão da mensagem.

Ao transportar o processo de comunicação para a esfera das equipes multiprofissionais temos a seguinte correspondência: o coordenador do grupo (como emissor ou destinador), dentro do referente do contexto hospitalar, analisando e objetivando solucionar um caso, emitirá uma mensagem para os outros membros do grupo (receptores ou destinatário), composto por códigos a serem decodificados, transmitidos por meio do canal de comunicação e mostradas se foram compreendidas ou não, pelo *feedback*.

É interessante observar que o emissor usa a codificação para traduzir o pensamento de forma simbólica: seleciona sinais específicos de uma variedade quase infinita de palavras, estruturas de frases, símbolos e elementos não verbais, para codificar uma mensagem visando comunicar-se de forma eficiente com o receptor.

Para que ocorra uma comunicação eficiente, os signos utilizados pelo emissor da mensagem devem ser compreendidos adequadamente pelo receptor, razão pela qual há necessidade de se escolher corretamente tais signos para que possam ser interpretados de maneira adequada ao contexto hospitalar. Quando houver dúvidas quanto ao significado da mensagem, cabe ao receptor expô-la ao emissor da mensagem, ao mesmo tempo em que cabe a este garantir de que sua mensagem foi adequadamente compreendida pelo receptor. Aos dois atores e sujeitos desse processo cabe a responsabilidade pelo compartilhamento do conhecimento.

Segundo Pinto (*apud* Habermas, 1985), ao abordar a influência do contexto: “Aquilo que o falante quer dizer com seu pronunciamento depende do conhecimento acumulado e realiza-se sob o pano de fundo de um consenso cultural anterior”(p.81). Habermas, então, introduz o conceito de mundo da vida, como o “ pano de fundo”, o contexto, em que os sujeitos estão inseridos, e “datam seus pronunciamentos em espaços sociais e tempos históricos” (HABERMAS, 1984), o que propicia os processos de se alcançar o entendimento.

Habermas (1987), ainda, divide o mundo da vida em três componentes estruturais: o cultural, entendido como o estoque de conhecimento do qual os atores suprem-se de

interpretações quando buscam a compreensão sobre algo no mundo; o da Sociedade, entendido como as ordens legítimas através das quais os participantes regulam suas relações no grupo social; e o da Pessoa, entendido como as competências que tornam um sujeito capaz de falar e agir, ou seja, de compor sua própria personalidade. O que significa que a ação comunicativa reproduz essas estruturas e sem elas não há o processo de comunicação e entendimento entre os falantes.

Para que ocorra a transmissão bem-sucedida da mensagem e sua consequente compreensão pelo receptor, além da escolha do canal de comunicação mais adequado, é necessário que o emissor da mensagem mantenha contato psicológico. É com este último que o emissor prende a atenção do receptor que se adapta seu comportamento às condições particulares da comunicação e que permite o reconhecimento do código comum.

Segundo Vygotsky (1998), ainda é possível encontrar um plano interior: a motivação do pensamento. É a esfera motivacional da consciência, que abrange inclinações, necessidades, interesses, impulsos, afetos e emoções. Assim, quando é emitida a mensagem, esta pode ter sido realizada por motivos além da compreensão daquilo que é dito, ou seja, por um objetivo não captado de início ou implícito, refletindo na fala e no pensamento.

Para saber se o receptor captou a mensagem existe o último elemento no esquema da comunicação: o *feedback*. De acordo com Vanoye (1996) é o conjunto dos sinais perceptíveis que permitem conhecer se a mensagem foi recebida, compreendida ou nenhuma das duas. Pode ser uma resposta verbal ou não-verbal e adquirir várias formas, como a repetição completa e sistêmica das informações, a verificação final por meio de perguntas feitas pelo emissor, pelos receptores e/ou a medida que a comunicação vai se processando.

É um elemento que favorece a comunicação o qual permite sanar dúvidas, inquietudes e problemas no relacionamento entre as partes que se comunicam.

Gonçalves e Peixoto (2006) citam algumas barreiras, sejam elas provocadas pelo emissor da mensagem, pelo receptor ou por ambos, que impedem eficácia da comunicação, como a ausência de objetividade ou clareza por parte do emissor da mensagem; desatenção, desinteresse ou pressa, tanto do emissor quanto do receptor; timidez; diferenças culturais; bloqueio emocional; clima hostil ou a ausência de *feedback*, retorno do emissor ou do receptor da mensagem.

Outro fator que pode afetar o processo de comunicação se relaciona com os ruídos que podem provir do canal de comunicação, do emissor, do receptor, da mensagem ou do código utilizado e tem como origem alguma perturbação física, como os barulhos, ou psicológica, como a falta de atenção do emissor ou do receptor, geradoras de conflitos entre as partes que se comunicam.

5.2. Linguagem

Durante o processo de comunicação, tanto emissor quanto receptor procuram manter algum tipo de relação, por meio do uso da linguagem verbal, como a fala, e da linguagem não verbal, como as manifestações corporais, tonalidade da voz e expressões faciais. O indivíduo que inicia o processo de comunicação (denominado emissor), o faz a fim de compartilhar informações, sentimentos, emoções, conhecimentos e atribuir e transmitir significado em busca de um entendimento compartilhado, podendo influenciar o comportamento do outro, o receptor que, por sua vez, reagirá a partir de suas crenças, valores, história de vida e cultura.

De acordo com Vygotsky (1988), a linguagem é um instrumento complexo que viabiliza a comunicação e o convívio em sociedade, proporcionando ao ser humano a constituição de suas dimensões: social, cultural e histórico.

Para Koch (2001) a linguagem possui três funções:

- a) representação do mundo e do pensamento (espelho): a função da linguagem é representar (ou refletir) o pensamento e o conhecimento de mundo;
- b) instrumento de comunicação (ferramenta): cuja função é a transmissão de informações entre os diferentes membros de uma sociedade;
- c) forma de ação/interação (lugar): concepção da linguagem como atividade, forma de ação, lugar de interação para os membros de uma sociedade.

Para Émile Benveniste (*apud* VANOYE, 1996), a linguagem é um sistema de signos socializado. Remete à função de comunicação e seus elementos se determinam

em suas inter-relações, em que o significado emerge em função desses outros elementos, definindo, assim, que o sentido de um termo está subordinado ao contexto em que ocorre.

Com esses autores é possível observar a importância da função da linguagem para os indivíduos, mostrando o quanto esta forma de interação é importante para seus relacionamentos, para o entendimento e funcionamento do processo de comunicação.

De acordo com Silva et. al. (2000), a linguagem, não-verbal presente no processo de comunicação se manifesta de forma sutil e nem sempre é percebida ou vista pelo receptor da mensagem, de forma relevante como ocorre na linguagem verbal. A linguagem não-verbal envolve todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras, como os gestos, expressões faciais, orientações do corpo, posturas, a distância entre os indivíduos envolvidos nos processos de comunicação e, ainda, a organização dos objetos no espaço. É por meio dessa linguagem que são transmitidas mensagens que podem não ser conscientes ou manifestadas verbalmente.

De acordo com Birdwhistell (1985), o comportamento corporal é baseado na estrutura fisiológica, e seus aspectos comunicativos são padronizados pela experiência social e cultural. Ainda, acrescenta que o significado de tal comportamento não é fácil de ser compreendido ao ponto de ser inserido “num glossário de gestos”.

Ou seja, mesmo que o emissor e receptor envolvidos no processo de comunicação pertencem a uma mesma cultura e sociedade, tais manifestações não verbais podem assumir significados particulares para cada um, dificultando sua interpretação ou padronização.

Já a linguagem verbal, falada, em que o significado é formado por fonemas, pode ser considerada como uma das principais formas utilizadas pelo ser humano para ser inserido em sociedade, comunicar-se com seus iguais e relacionar-se com o meio. Meio, para Rabello e Passos (2015), é um conceito amplo que envolve cultura, sociedade, práticas e interações. É, ao mesmo tempo, a matéria do pensamento e um elemento social que possibilita, por meio da comunicação, uma interação social a qual o indivíduo comunica-se a partir de um motivo, buscando ser compreendido pelo outro e manifestando-a por meio de sons, palavras e do discurso do sujeito.

5.3. Tipos de Comunicação

Outra forma de interação é definida como comunicação oral que, para Vanoye (1996), compreende três aspectos:

- a) fisiológico: referente à captação sonora que pode apresentar limites dos quais a percepção fica confusa, como uma sala de reuniões ruidosa;
- b) psicolinguístico: vinculado ao estudo da língua enquanto conjunto de segmentos conhecidos, reconhecidos e categorizados, a partir da cultura e da experiência do receptor, ou seja, o reconhecimento de um código comum ao receptor e emissor;
- c) psicológico: referente aos problemas de atenção e de personalidade, em que cabe ao emissor prender a atenção do receptor e este adaptar seu comportamento as condições particulares da comunicação. A deficiência em um, ou mais, destes aspectos podem causar a má compreensão da mensagem pelo receptor.

Quando o receptor está próximo, presente e ocorre a conversação, duas situações são possíveis de ocorrer:

- a) o intercambio, ou a comunicação bilateral: caracterizada pela interação entre os interlocutores, troca de papéis (entre emissor e receptor) e *feedback* possível. Parte-se do pressuposto de que quem fala quer ser compreendido, e quem escuta, deseja ouvir e compreender, decorrendo o intercambio de mensagens.
- b) o não intercambio, ou a comunicação unilateral: o receptor, mesmo que próximo e presente, não tem a possibilidade de responder e de assumir o papel de emissor.

Destaca-se que, nos dois tipos, a mensagem proveniente de um emissor pode ser recebida por um ou diferentes receptores e cada um, pode compreender de forma diferente, de acordo com suas respectivas situações.

Durante a primeira situação, de intercambio, que pode ser então estabelecida como um diálogo, é implicado um sentido e um resultado em que busca-se transmitir ou defrontar informações que enriqueçam o outro participante que, por sua vez, irá responder a partir de suas reações, compreensão da mensagem, ideias, visão de mundo e história de vida.

Na presença de vários emissores e receptores, é constituído um grupo e segundo Vanoye (1996) pode-se estabelecer a formação como uma reunião por tema ou casos. Quando há a presença de um coordenador, tem-se o cuidado para que ocorra o intercâmbio de informações e mudanças de papéis - emissor e receptor - desencadeando a discussão. Terá um tema definido, permitindo que os membros do grupo opinem, reajam, questionem, reformulem opiniões e impressões favorecendo o intercâmbio e efetuando uma síntese ao final.

No ambiente hospitalar, porem, é encontrado outro tipo de reunião que não é desenvolvida em torno de um tema, mas sim de casos. É descrito ao grupo uma situação concreta, real e problemática ocorrida no local, que precisa ser solucionada e que concerne a todos. O coordenador, primeiramente, solicita que cada membro tome consciência individualmente do caso e que tente encontrar uma solução para que, em seguida, seja analisado em grupo, identificando o problema central, discutindo-o e compreendendo-o em todos os seus aspectos, examinando as diversas soluções, consequências e vantagens, para ao final, o grupo chegar a um consenso sendo finalizada com uma síntese.

Observa-se que a interação de uma equipe é iniciada de forma individual em que cada membro do grupo reflete sobre o caso a partir de seus conhecimentos, formação e linguagem própria, para em seguida, compartilharem o que concluíram, sabem e suas estratégias de pensamento. É a partir dessa discussão que a equipe decide, em conjunto, o melhor a ser feito pelo paciente.

Por fim, há ainda outro tipo de comunicação exclusiva dos seres humanos: a escrita. De acordo com Saussure (1969), a escrita fixa os significados da língua, bem como das chamadas imagens acústicas, transformando a linguagem falada em uma nova, sendo esta independente a primeira e permite, ainda, captar o pensamento e transmiti-lo através do tempo e espaço.

Na linguagem escrita, em que o significado é formado por signos gráficos e para transmitir a mesma ideia, é exigida uma quantidade muito maior de palavras do que a comunicação oral. Ainda dirige-se a um interlocutor ausente, fato o qual justifica o não recebimento instantâneo do *feedback* e é necessário, para receptor e emissor, o conhecimento prévio do código utilizado para que consigam reconhecer ou construir a mensagem escrita.

Sobre a comunicação oral e escrita, Vanoye (1996) acrescenta que, no processo verbal, os interlocutores estão presentes, num tempo conhecido por eles com objetivo de

trocarem observações a respeito de um determinado assunto, refletir na forma e no conteúdo da mensagem, afetando o vocabulário empregado, vez que os elementos da situação são conhecidos. Já na comunicação escrita, o emissor é levado a fazer referências precisa sobre a situação, refletida no vocabulário utilizado, sendo mais precisa e menos alusiva que a linguagem falada.

No contexto hospitalar, a linguagem escrita é mais frequentemente observada nos prontuários. De acordo com o Conselho Federal de Medicina - CFM (2002), na resolução nº 1.638/02, Art. 1º prontuário é definido como:

"O documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo" (CFM, 2002, p.184-185).

Em outras palavras, é o conjunto de documentos referentes à assistência prestada ao paciente e que pertence tanto à instituição que o assiste quanto ao próprio paciente que pode consulta-lo caso queira, conforme definido pelo Conselho Regional de Medicina (CRM-DF), na resolução nº 43/2000.

Destaca-se que os profissionais ao escreverem nos prontuários, devem fazê-lo de forma objetiva, clara, com uma linguagem de fácil entendimento e sem a utilização de códigos pessoais, vez que outros profissionais o leem e precisam compreender a mensagem escrita (Roth, 2012).

Vale ressaltar que independente do tipo de linguagem utilizada (oral ou escrita), e das diferenças apresentadas, ambas necessitam transmitir o significado da mensagem para ocorrer à comunicação, o intercambio e compreensão das informações a serem compartilhadas.

É necessária a reciprocidade entre as partes que se comunicam e a alternância de papéis de emissor e de receptor, para que ocorra o intercambio de mensagens, e a comunicação bilateral, evitando-se assim, problemas decorrentes das falhas no processo de comunicação.

6. PROFISSIONAIS DOS HOSPITAIS

No ambiente hospitalar há a finalidade de atender a pacientes e familiares sobre procedimentos diagnósticos e terapêuticos, facilitar a adaptação das situações clínicas, atenuar ansiedades frente a procedimentos dolorosos, modificar hábitos de risco, promover a adesão a tratamentos de curto e longo prazo e orientar familiares e pacientes a nova rotina se acaso for necessário, objetivando o bem-estar do paciente. (ROZEMBERG *et al.*, 2002)

Como descrito nos capítulos anteriores, devido à complexidade das dimensões do ser humano, faz-se necessário à inserção de diferentes profissionais da área da saúde para oferecer um atendimento completo e de qualidade aos pacientes. Vale destacar que a entrada de outros profissionais na equipe deve estar em consonância com as demandas dos pacientes e homologadas pelo médico.

No que se refere a pacientes oncológicos, os hospitais especialidades necessitam da integração de alguns profissionais, como o psicólogo e o fisioterapeuta, para proporcionar suporte aos pacientes internados e seus familiares, realizando cuidados completos, humanizados e os cuidados paliativos, se acaso for necessário.

Os cuidados paliativos, para esclarecimentos, surgiram como uma filosofia humanitária de cuidar de pacientes em estado terminal, aliviando a sua dor e o sofrimento. Estes cuidados preveem a ação de uma equipe interdisciplinar, a qual cada profissional contribui para que o paciente, em estado terminal e sem possibilidade de cura, tenha qualidade de vida, bem-estar durante sua internação e que tenha dignidade em sua morte. (HERMES *et al.*, 2013)

A equipe de profissionais que atua nos hospitais, geralmente, é formada pelo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, cujas funções são descritas no Perfil Psicoprofissional, do Governo do Paraná (2006) são:

a) Médico:

- Realiza consultas e atendimentos médico, anamnese, exame físico, propedêutica instrumental, atendimentos de urgência e emergência;
- Interpreta dados de exame clínico, exames complementares e diagnostica estado de saúde do paciente;

- Discute diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção com clientes, responsáveis e familiares; planeja e prescreve tratamento de pacientes e praticar intervenções clínicas e cirúrgicas;
- Prescreve e controla drogas, medicamentos, hemoderivados, imunopreviníveis, fitoterápicos e cuidados especiais;
- Implementa ações para promoção da saúde, elabora e avalia prontuários, emite receitas e realiza procedimentos operacionais padrão. Efetua perícias, auditorias e sindicâncias médicas;
- Participa de equipes interdisciplinares e multiprofissionais, realizando atividades em conjunto, tais como: visitas médicas, discussão de casos, reuniões administrativas, visitas domiciliares etc.;
- Participa, conforme a política interna da Instituição, de projetos, cursos, eventos, comissões, convênios e programas de ensino, pesquisa e extensão;
- Elabora relatórios e laudos técnicos em sua área de especialidade; Participa de programa de treinamento, quando convocado;
- Trabalha segundo normas técnicas de segurança, qualidade, produtividade, higiene e preservação ambiental. (Ficha de Perfil Profissiográfico do médico, 2006, p.1-2).

b) Enfermeiro:

- Planeja, organiza, coordena, executa e avalia os serviços de assistência de enfermagem;
- Aplica a sistematização da assistência de enfermagem aos clientes e insere a utilização dos protocolos de atendimento;
 - Assegura e participa da prestação de assistência de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos clientes;
- Presta assistência ao cliente, realiza consultas e prescreve ações de enfermagem;
- Presta assistência direta a clientes graves e realizar procedimentos de maior complexidade;
- Registra observações e analisar os cuidados e procedimentos prestados pela equipe de enfermagem;

- Prepara o cliente para a alta, integrando-o, se necessário, ao programa de internação domiciliar ou à unidade básica de saúde;
- Padroniza normas e procedimentos de enfermagem e monitorar o processo de trabalho;
- Planeja ações de enfermagem, levantar necessidades e problemas, diagnosticar situação, estabelecer prioridades e avaliar resultados;
- Implementa ações e definir estratégias para promoção da saúde, participar de trabalhos de equipes multidisciplinares e orientar equipe para controle de infecção;
- Participa, conforme a política interna da Instituição, de projetos, cursos, comissões, eventos, convênios e programas de ensino, pesquisa e extensão;
- Realiza consultoria e auditoria sobre matéria de enfermagem;
- Elabora relatórios e laudos técnicos em sua área de especialidade;
- Participa de programa de treinamento, quando convocado;
- Trabalha segundo normas técnicas de segurança, qualidade, produtividade, higiene e preservação ambiental (Ficha de Perfil Profissiográfico, do enfermeiro, 2006, p.1)

c) Técnico de enfermagem:

- Presta assistência de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos clientes, sob a supervisão do enfermeiro, assim como colaborar nas atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas na Instituição;
- Auxilia o superior na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral, em programas de vigilância epidemiológica e no controle sistemático da infecção hospitalar;
- Prepara os pacientes para consultas e exames, orientando-os sobre as condições de realização dos mesmos;
- Capta e ou auxilia o cliente na coleta de material para exames de laboratório, segundo orientação;
- Realiza exames de eletrodiagnósticos e registra os eletrocardiogramas efetuados, segundo instruções médicas ou de enfermagem;
- Orienta e auxilia clientes, prestando informações relativas à higiene, alimentação, utilização de medicamentos e cuidados específicos em tratamento de saúde;
- Verifica os sinais vitais e as condições gerais dos clientes, segundo prescrição médica e de enfermagem;

- Prepara e administrar medicações por via oral, tópica, intradérmica, subcutânea, intramuscular, endovenosa e retal, segundo prescrição médica, sob supervisão do Enfermeiro;
- Cumprir prescrições de assistência médica e de enfermagem; Realiza a movimentação e o transporte de clientes de maneira segura;
- Auxilia nos atendimentos de urgência e emergência;
- Realiza controles e registros das atividades do setor e outros que se fizerem necessários para a realização de relatórios e controle estatístico;
- Circula e instrumenta em salas cirúrgicas e obstétricas, preparando-as conforme o necessário;
- Efetua o controle diário do material utilizado, bem como requisitar, conforme as normas da Instituição, o material necessário à prestação da assistência à saúde do cliente;
- Controla materiais, equipamentos e medicamentos sob sua responsabilidade;
- Mantém equipamentos e a unidade de trabalho organizada, zelando pela sua conservação e comunicando ao superior eventuais problemas;
- Executa atividades de limpeza, desinfecção, esterilização de materiais e equipamentos, bem como seu armazenamento e distribuição (Ficha de Perfil Profissiográfico, do técnico de enfermagem, 2006, p.1-2).

d) Nutricionista:

- Presta atendimento individual, nas consultas iniciais e de seguimentos, aos pacientes e/ou responsáveis, efetuando levantamento de dados, diagnósticos, prescrição dietética e orientação nutricional.
- Considera dados de sua área e também está vinculada junto à avaliação bioquímica e a evolução pondero-estatural do paciente. Esta relacionada ao diagnóstico médico e das demais áreas profissionais. (VIEIRA *et al.*, 1999, p. 104).

e) Psicólogo:

- Sua inserção no ambiente hospitalar é recente, em comparação as profissões anteriores. Tem sua função centrada nos âmbitos secundário e terciário de atenção à saúde, atuando em instituições de saúde e realizando atividades como: atendimento psicoterapêutico; grupos psicoterapêuticos; grupos de psicoprofilaxia; atendimentos em ambulatório e unidade de terapia intensiva; pronto atendimento;

enfermarias em geral; avaliação diagnóstica; psicodiagnóstico; consultoria e interconsultoria. (CASTRO *et al.*, p. 50, 2004)

-Ajuda a minimizar o sofrimento provocado pela perda da saúde, pelo isolamento familiar, durante o processo de adoecimento e sua relação biopsicossocial. As possibilidades de intervenções envolvidas esta relacionada com outras profissões da área de saúde compreendendo o indivíduo como um todo: universal, integral e único (SANTOS *et al*, p. 1199, 2012).

f) Fisioterapeuta:

-Atende pacientes e analisa os aspectos sensório-motores, percepto-cognitivos e sócio-culturais;

-Cria planos e prepara ambiente terapêutico, indicar conduta terapêutica, prescrever e adaptar atividades;

-Avalia funções percepto-cognitivas, neuro-psicomotor, neuro-músculo-esqueléticas, sensibilidade, condições dolorosas, motricidade geral (postura, marcha, equilíbrio), habilidades motoras, alterações posturais, manuais, órteses, próteses e adaptações, cardio-pulmonares e urológicas;

-Estimular o desenvolvimento neuro-psicomotor normal e cognição; Reeduca postura dos clientes e prescrever órteses, próteses e adaptações e acompanhar a evolução terapêutica;

-Procede à reabilitação das funções percepto-cognitivas, sensório-motoras, neuro-músculo-esqueléticas e locomotoras;

-Aplica procedimentos de habilitação pós-cirúrgico, de oncologia, de UTI, de dermatofuncional, de cárdio-pulmonar, de urologia, de reeducação pré e pós-parto, de fisioterapia respiratória e motora;

-Ensina técnicas de autonomia e independência em atividades de vida diária, de vida prática, de vida de trabalho e de vida de lazer;

-Participa de equipes interdisciplinares e multiprofissionais, realizando atividades em conjunto, tais como: visitas médicas; discussão de casos; reuniões administrativas; visitas domiciliares etc;

-Participa conforme a política interna da Instituição, de projetos, cursos, eventos, comissões, convênios e programas de ensino, pesquisa e extensão;

-Participa, conforme a política interna da Instituição, de projetos, cursos, eventos, convênios e programas de ensino, pesquisa e extensão; E elabora relatórios,

laudos técnicos e registrar dados em sua área de especialidade; Participa de programa de treinamento, quando convocado (Ficha de Perfil Profissiográfico do fisioterapeuta, 2006, p.1).

7. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS

De acordo com GII (2012), este estudo é definido como exploratório e descritivo, pois, ao explorar o tema é obtido maior familiaridade com o problema, por proporcionar uma nova visão que contribui para aprimorar as hipóteses e objetivos levantados anteriormente. Ao mesmo tempo é descrita as características, por meio do levantamento de opiniões e atitudes, por exemplo, de determinada população (no caso desta pesquisa, uma equipe multiprofissional) e estabelecido relações entre variáveis.

A coleta dos dados primários se dá por meio da realização de entrevistas semiestruturadas, cujo roteiro da entrevista encontra-se em Anexo A.

A escolha da entrevista semiestruturada como método de pesquisa é devido à possibilidade de os participantes falarem espontaneamente e de forma confortável sobre o que é questionado, possibilitando uma análise mais profunda dos dados.

Para o estudo foi selecionada uma amostra formada por seis sujeitos de profissões diferentes (médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e técnico de enfermagem), membros de uma equipe multiprofissional do Instituto do Câncer Doutor Arnaldo Vieira, do hospital Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

A pesquisa obteve a aprovação do Comitê de Ética (Anexo C) e, para cada sujeito da amostra, obteve-se seu consentimento através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

As falas dos participantes da pesquisa foram transcritas (Anexo D) e analisadas a partir da análise de conteúdo desenvolvido por Bardin (1977). Segundo a autora “A análise de conteúdo leva em consideração as significações (conteúdo), eventualmente a sua forma e a distribuição desses conteúdos e formas (índices formais e análise de concorrência).” (p. 49)

Por meio deste método, objetiva-se relacionar a análise dos elementos com os aspectos importantes da pesquisa, permitindo a compreensão do que é descrito pelos

participantes e o seu significado nesse contexto. O procedimento de análise ocorreu em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Na primeira etapa (pré-análise), o material das entrevistas foi transcrito e, a partir de uma leitura flutuante, retomada as hipóteses e objetivos que conduzem o estudo a fim de visualizarem-se as relações entre o material coletado e conteúdo previamente levantado. Em seguida, na exploração do material, os dados foram codificados e agrupados, a partir do critério de categorização semântico, ou seja, foram criadas categorias temáticas as quais uniram os conteúdos semelhantes e diferentes das falas dos entrevistados. Por fim, na última etapa (tratamento dos resultados obtidos e interpretação), as respostas dos participantes foram analisadas, buscando-se seu significado e sua comparação com as dimensões teóricas.

Com o objetivo de analisar o conteúdo global sem, contudo, perder as especificidades de cada profissão, as respostas não categorizadas pelo método acima descrito, são analisadas separadamente e apresentadas em seguida às análises categoriais.

As entrevistas individuais com os profissionais da equipe multiprofissional foram realizadas no período de março a abril de 2016, no próprio local de trabalho.

8. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A partir do critério semântico proposto por Bardin (1997), para cada uma das seis questões do roteiro da entrevista semiestruturada, são estabelecidas categorias, para os temas que surgiram nas respostas obtidas com os diferentes profissionais que compõem a equipe multiprofissional.

Os resultados da pesquisa são apresentados questão a questão e, dentro da questão, tema por tema. Para algumas questões, as respostas obtidas com os entrevistados são transcritas e assim identificadas:

M - Quando se referir ao Médico;

F - Quando se referir ao Fisioterapeuta;

P - Quando se referir ao Psicólogo;

N - Quando se referir ao Nutricionista;

E - Quando se referir ao Enfermeiro;

TE - quando se referir ao Técnico de Enfermagem;

A questão 1. Objetiva identificar a opinião, a vivência dos membros da equipe multiprofissional, como se relacionam de forma interdisciplinar e a importância da constituição multiprofissional para a equipe e para o atendimento ao paciente.

Os dados obtidos foram isolados, classificados e organizados no formato de quadros a seguir:

Título: Quadro 1: Objetivos para os pacientes e o número de citações na questão 1. Em sua opinião, qual a importância de uma equipe multiprofissional no atendimento a pacientes internados em um hospital?

Objetivos para os pacientes	
Categorias	Frequência
Melhora do paciente/ bem estar do paciente	5
Prestação de cuidados de qualidade	6
Assistência total e de vários profissionais	2
Atender pacientes, familiares e acompanhantes	5
Tratamento de excelência	1
Tomar a decisão em equipe junto com o paciente	1
	Total: 20

Todos os membros da equipe consideram importante a prestação de cuidados de qualidade ao paciente, o que indica que a equipe trabalha pelo mesmo objetivo e que este orienta a forma com que trabalham.

Visando cuidados ao paciente foi elencado o objetivo de proporcionar bem-estar/ melhora do paciente (5), atendimento aos familiares e acompanhantes (5), assistência de vários profissionais e de forma total (2), oferecendo. Em menor frequência (uma citação para cada), um tratamento de excelência e que leva em consideração, a opinião e decisão do paciente. Ao todo os objetivos para os pacientes categorizados, foram citados 20 vezes.

Título: Quadro 2: Características da equipe multiprofissional e o número de citações na questão 1. Em sua opinião, qual a importância de uma equipe multiprofissional no atendimento a pacientes internados em um hospital?

Características da equipe multiprofissional	
Categorias	Frequência

Unem-se para o bem estar do paciente	5
Funções diferentes, mas o mesmo objetivo	4
Cada área complementa o cuidado	6
Divisão de tarefas e responsabilidades	3
Recuperação e saída do paciente	4
Diálogo/ troca de informações entre profissionais	3
Visitas em equipe	1
Tomar a decisão em equipe	1
Valorizar o outro profissional	1
Ter integralidade/interdisciplinaridade	1
	Total: 29

Em relação à importância das equipes multiprofissionais, para 100% dos componentes da equipe é indicado que cada área complementa o cuidado com sua *expertise* (6 citações). Cada um irá contribuir com o seu saber para oferecer aos pacientes cuidados de qualidade.

Indicam também, de maior a menor frequência, que os profissionais unem-se para realizar um atendimento completo que resulte no bem-estar do paciente (5 citações), que possuem o mesmo objetivo, mas funções diferentes (4 vezes), visam a recuperação e saída do paciente (4), dividem tarefas, responsabilidades e realizam trocas de informações (3 citações cada).

Em menor frequência, apenas citado por um membro da equipe, tem-se: visitas em equipe, tomada de decisão conjunta, valorização dos outros profissionais e a interdisciplinaridade.

Cada vez mais, os profissionais estão percebendo a necessidade de trabalhar em equipe, levando em consideração a importância do trabalho do outro profissional, em prol do paciente:

P - "(...) nada melhor do que os profissionais abrirem espaço para esse diálogo, valorizando a *expertise* de cada um". [SIC]

Para a profissional o trabalho em constituir as equipes multiprofissionais, esta sendo bem-sucedido devido ao fato inicial dos gestores do hospital, juntamente aos profissionais da equipe, estarem disponíveis e quererem este tipo de formação:

P - "Então, o sucesso do trabalho em si, foi o fato dos profissionais estarem muito abertos para trabalhar em equipe. Em acho que já era um preparo que eles deviam ter,

imagino que seja uma característica da instituição, um perfil que dessa abertura dos profissionais conversarem entre si e isso resultou no processo do trabalho que agente vem fazendo até hoje (...)" [SIC].

Para o médico a importância de trabalhar em uma equipe multiprofissional, se dá frente a necessidade de conhecimentos profundos de cada especificidade pois é inacabável o conhecimento a respeito do ser humano:

M - "(...) Hoje o conhecimento cresceu demais (...) Então, olha como é que melhorou muito uma coisa que poderia passar batida por mim e alguém chegou e me deu um toque. (...)" [SIC]

Para a enfermeira há liberdade na equipe para poder contatar algum colega, ao identificar demandas para estes, mesmo que não seja solicitado pelo médico ou transmitido por escrito no prontuário:

E - "(...) Assim, quando a enfermagem precisa de algum auxílio da psicologia, a gente liga e pede. Da fisioterapia, também. Às vezes nem está na prescrição médica, mas se precisar de um algum auxílio, ou alguma coisa, eles (outros profissionais) aparecem (...)" [SIC]

Por fim, nutricionista acrescenta que as equipes multiprofissionais também são vantajosas para o hospital, vez que a instituição recebe do SUS contribuição financeira para manter este tipo de equipe:

N - "(...) E também em relação a isso, o SUS tem planos pra quem tem equipe multidisciplinar no hospital e gera dinheiro, pelo menos um pouquinho. (Risos)" [SIC]

Buscou-se investigar a experiência de cada profissional em se comunicar dentro da sua equipe multiprofissional.

Título: Quadro 3: Sentimentos expressados e o número de citações na questão 2. Como é para você se comunicar com a equipe multiprofissional do seu trabalho?

Sentimentos	
Categorias	Frequência
Boa	2
Muito boa	1
Legal	1
	Total: 4

67% dos profissionais expressaram sentimentos sobre a comunicação que realizam. Desse total, 50% é da opinião de que a equipe realiza um bom processo de comunicação.

Título: Quadro 4: Experiências do processo de comunicação e o número de citações na questão 2. Como é para você se comunicar com a equipe multiprofissional do seu trabalho?

Experiências do processo	
Categorias	Frequência
União entre a equipe	1
Poder acrescentar/ ensinar algo	1
Não ter conflitos	4
Aprender com os outros	1
Não ser arrogante	1
Dialogar com o outro sobre os pacientes	3
Ter transparência na conversa	2
Passar as informações precisas	1
Tirar dúvidas	1
	Total:15

Para quatro sujeitos da amostra (67%), o processo de comunicação da equipe não gera conflitos. Para 25% dos sujeitos, comunicar-se numa equipe multiprofissional é ter transparência entre os membros do grupo, enquanto que para 17% comunicar-se de forma multiprofissional significa ter uma referência, ou união entre as pessoas ou poder acrescentar/ensinar algo, aprender com os outros, não ser arrogante, passar informações precisas e poder tirar duvidas.

Um dos integrantes da equipe, o médico, revela que seu modo de comunicar-se com os outros membros da equipe multiprofissional é resultado de sua personalidade e também de sua experiência entre outro setor do hospital:

M - "(...) Minha experiência é muito boa, porque sou uma pessoa comunicativa e não arrogante. Então pra mim é fácil. Escuto os outros e os outros me escutam também. Trabalho com transparência total. Outra coisa que eu aprendi em UTI, jogo aberto total. Não tem assim, coisas duvidosas ou estranhas. É aberto (...)" [SIC]

Para a psicóloga da mesma equipe, o fato de cada profissional saber a sua própria função e trazer o seu saber para dialogar com os outros, é algo enriquecedor e que interfere positivamente no paciente:

P - "(...) Então o bacana é que ninguém invade o espaço de ninguém, cada um tem muito claro pra si o seu campo de atuação, mas a gente consegue trocar informações sobre um mesmo paciente no sentido de proporcionar um melhor atendimento. Então, aqui eu entendo que tem a ganhar é o paciente e o familiar, mas a gente também, porque como o resultado é sempre muito bom, no sentido da gente ter essa integralidade é muito gratificante pra gente também (...)" [SIC]

O fisioterapeuta ressalta o valor da aprendizagem adquirida seja com qual profissional for conforme suas palavras:

F - "Tem muita coisa que a gente aprende todo dia. Não só da área da psico, mas também da área de enfermagem, da área da biomedicina que a gente esta entrando em contato. Todas as áreas têm alguma coisa a acrescentar". [SIC]

De acordo com o depoimento da nutricionista, quando se trabalha em equipe multidisciplinar, tanto a equipe como o paciente, realizam uma troca em que ambos os lados são beneficiados:

N - "(...) Nós prestamos serviço para o hospital e a equipe multidisciplinar ta dentro disso, né?! O que quero dizer é assim, eu sou nutricionista de todos os pacientes internados e da equipe multidisciplinar. Então, um agrega o outro (...)" [SIC]

Quando indagados sobre como é se comunicar com a equipe multiprofissional em um hospital, onze respostas foram obtidas, todas elas fazendo referencia a sentimentos positivos como, por exemplo, sentir-se muito bem, sentir-se confortável ou sentir-se seguro com os colegas de trabalho.

Título: Quadro 5: Sentimentos expressados e o número de citações na questão 3. Como você se sente nessa equipe?

Sentimentos	
Categorias	Frequência
Muito bem; bem	3
Amo esse lugar	1
Confortável	3
Seguro	2
Gosto	1
Gratificante	1
	Total:11

A justificativa apresentada para tal percepção positiva da equipe foi atribuída principalmente ao diálogo com outros profissionais, seguida da união em prol do paciente e a aprendizagem proporcionada por outros profissionais e mesmo com os pacientes.

Título: Quadro 6: Justificativa dos sentimentos e o número de citações na questão 3. Como você se sente nessa equipe?

Justificativa dos sentimentos	
Categorias	Frequência
Formação completa	1
União para fazer o melhor para o paciente	2
Funcionamento do hospital	1
A equipe multiprofissional	1
Aprende com outros profissionais	2
Aprende com os pacientes	2
Coordenar os outros profissionais	1
Dialogar com outros profissionais	3
Equipe responsável/ Capacitada	1
Dinâmica acolhedora da equipe multiprofissional	1
	Total:15

Os sentimentos positivos da equipe multiprofissional podem ser percebidos através dos seguintes comentários feitos pelo médico que considera sua satisfação como resultado da coordenação que exerce na própria equipe que gira em torno de si:

M - "(...) Me sinto confortável. Porque eu ainda... é assim...Eu já me senti desconfortável.... Eu me sinto bem, porque eu ainda ocupo um cargo de destaque, porque na maioria das vezes eu to coordenando o resto dos profissionais. De acordo com o que eu to vendo, diagnosticando e a minha linha de tratamento, eu to agregando os outros. Então os outros estão girando em torno. Então eu gosto disso! Eu gosto! (...)" [SIC]

A enfermeira, membro da equipe multiprofissional, destaca a estrutura do hospital e a aprendizagem como os motivos de satisfação:

E - "(...) Eu amo esse lugar! (Risos) Me sinto muito bem aqui. A estrutura do hospital - jeito Santa Casa - e a equipe ajudam bastante. A gente aprende tanto com os outros profissionais quanto com o paciente, entendeu?! Ele ensina muito a gente (...)" [SIC]

Em sua fala, a psicóloga atribui à dinâmica acolhedora do grupo, formada por profissionais capacitados e responsáveis, o motivo de se sentir confortável e segura na equipe:

P -“(…) Uma dinâmica acolhedora e o fato de a gente ter esse acolhimento não significa que nos não saibamos das nossas responsabilidades. Então, eu acho que isso é interessante. E todos que fazem parte dessa equipe são todas pessoas extremamente capacitadas. E isso também reforça a segurança que a gente tem em trabalhar nessa equipe e automaticamente a gente se sente confortável, né, porque a gente sabe cada uma ali está falando com muita propriedade daquele assunto, na sua expertise (...) Eu acho muito gratificante trabalhar com essa equipe. Essa equipe foi aquela que começou lá em 2012, agente tem um vínculo muito importante, muito forte e cada vez mais isso cada vez mais vai fortalecendo o nosso trabalho.” [SIC]

Para a Técnica de Enfermagem a formação acadêmica completa e a união da equipe multiprofissional, são benéficas para os pacientes:

TE - “(...) A gente fez uma formação completa. A gente se une para cuidar do paciente. Quando o paciente está na emergência todo mundo vai junto ficar na emergência.... Quando está passando mal todo mundo vai junto pra atender. Não tem essa do paciente não é meu, é só seu, ou só meu, quem atendeu foi você.... Então, a gente é bem unido assim pra fazer o melhor pra o paciente (...)” [SIC]

Foram apontadas catorze vantagens em se comunicar com os outros membros da equipe, merecendo destaque a comunicação presencial e troca entre os membros, conforme apresentado no Quadro 7.

Título: Quadro 7: Vantagens e o número de citações na questão 4. Quais são as vantagens em se comunicar com os outros membros?

Vantagens	
Categorias	Frequência
Apoio da equipe	2
Acolhimento	2
Trocas entre os membros	5
Complementação entre áreas	3
Acesso por meios eletrônicos	3
Comunicação presencial	6
Reuniões sobre os casos	2
Discussão de procedimentos	3
Poder dividir funções	1

Justificar condutas	2
Poder dar a sua opinião	2
Falar no momento oportuno	2
Receptivos uns com os outros	1
Abertura do outro para dialogar	1
	Total: 35

A possibilidade de dividir funções, no sentido de que cada profissional será responsável por uma *expertise*, foi citada apenas pelo médico conforme se verifica em sua fala.

M -“(…) Então você dividir as funções é muito bom, acho eu. Eu aprendi a fazer isso basicamente na UTI, porque eu sou intensivista. Então na UTI você vê como é que funciona a equipe multidisciplinar muito melhor. Eu trouxe esse conceito para a enfermagem também. Então eu não tenho nenhuma excitação em chamar a fono, chamar os outros, perguntar para enfermeira, não só enfermeira, técnico também (…)" [Sic].

Para a Psicóloga da equipe, a receptividade dos profissionais e a abertura para o diálogo são características fundamentais em equipes multiprofissionais como também o são a importância de transmitir aos colegas as impressões que tem sobre os pacientes, de realizar suas próprias pesquisas e a importância de existir de fato a multidisciplinariedade.

P -“(…) Então eu posso procurar o meu colega seja ele, no corredor, na sala dele, seja por telefone, dependendo da emergência. Todos nós somos muito receptivos uns aos outros e assim, sempre prontamente para atender. Então, eu particularmente não tenho dificuldade nenhuma de conversar seja com o médico com outro, tenho essa abertura. Eu não saberia dizer se é uma característica só daqui, só do instituto. Eu acho que não. Cada vez mais está ficando difícil trabalhar sozinho e eu acho isso ótimo, que fica cada vez mais difícil, porque um único profissional não domina todas as áreas e tem que ter essa interdisciplinaridade no sentido do diálogo. De existir esse diálogo cada vez mais, mas não pra procurar besteira. Não podemos banalizar a interdisciplinaridade. A gente tem que levar essa conquista a sério, no sentido de quando formos buscar esse profissional, de discutir coisas que tenham pertinência. Óbvio que eu pesquiso também! Não vou ficar só atrás dele, do médico. A gente pesquisa, mas aquilo que

pode conversar, como as percepções que a gente tem, precisa passar para o colega. (...)” [SIC]

Em relação os aspectos complicadores do processo de comunicação desta equipe, foram apontados oito fatores sendo as mais importantes à falta de mais profissionais, como fisioterapeutas e psicólogos que trabalhem de forma multiprofissional, e a dificuldade em comunicarem-se com outras equipes/departamentos conforme apresentado no quadro 8.

Título: Quadro 8: Dificuldades e o número de citações na questão 5. Quais são as dificuldades em se comunicar?

Dificuldades	
Categorias	Frequência
Comunicar com outras equipes de outros departamentos	2
Dificuldade em encontrar os profissionais/Escassez de profissionais	5
Discordância de opiniões	1
Atropelo de funções	1
Conhecimento de outras instancias do hospital	1
Problemas financeiros	1
Problemas estruturais	1
Novos sendo treinados	1
	Total: 13

Apesar de não apontarem nenhuma dificuldade em comunicar-se com a equipe, tanto o médico quanto a enfermeira exemplificaram situações em que há problemas com o processo de comunicação e com a escassez de profissionais:

M - “(...) Olha eu não tenho tido dificuldade no meu dia a dia. Mas eu vejo outros colegas que tem. Sei de muitos colegas que tem dificuldades. Primeiro eles mal se comunicam com o paciente, quanto mais com a equipe multidisciplinar! Tem muitos que não aceitam a equipe multidisciplinar, muitos ainda têm uma postura mais prepotente. Vamos dizer: 'olha faz o que eu mandei, por favor?' ” [SIC]

E - “(...) O que está escrito na prescrição? Então faça isso! (...) Você vê, um hospital de câncer com mortes, mortes e mais mortes; cuidados paliativos, famílias sofrendo, paciente sofrendo e não tinha esse amparo. Tem hoje, mas ele é muito restrito. Tem somente duas pessoas psicólogos, cara. Eu nem sei se tem atualmente no ambulatório. (...)” [SIC]

A importância de todos trabalharem pelo mesmo objetivo e pela mesma missão é identificada como um dos fatores de sucesso da equipe multidisciplinar, podendo ser observado na seguinte fala:

P - "(...) Trabalhando interdisciplinarmente é muito difícil falar que o resultado não é gratificante, né? Mas é obvio que os pacientes que tem doenças graves, infelizmente vão a óbito. O nosso objetivo é fazer com que mesmo que o desfecho dele seja a morte, que passe os últimos dias dele com qualidade. (...) O que eu acho que vale a pena tocar aqui é que todos nos temos muito claro o nosso objetivo. Com isso muito claro, o trabalho é bem-sucedido. Porque todo mundo tem muito claro qual (...) qual é a sua missão. Então dificilmente a gente encontra entraves para o dialogo ou para discussão de caso. É muito gratificante essa relação que a gente tem aqui. (...) [SIC]

De acordo com um membro da equipe, em uma equipe multidisciplinar os profissionais precisam ter sensibilidade para perceber os momentos mais adequados para fazer suas colocações quando a equipe está reunida.

N - "(...) Passei da fase de não me sentir a vontade de falar com alguém. Eu acho que tudo pode ser dito, porem saber a hora e como falar. Se você tá no meio da reunião, você tem que saber se é o momento de falar. É o momento de discutir um caso? Que momento é para falar? Então eu acho que a gente consegue fazer isso aqui, é só saber o como e a hora de falar. Acho que tudo tem o seu momento (...)" [SIC]

Quando indagados sobre o que fazem para superar as dificuldades encontradas na equipe multiprofissional com vistas a não comprometerem o processo de comunicação, as conversas presenciais se destacaram conforme se evidencia no Quadro 9.

Título: Quadro 9: O que faz para sanar as dificuldades e o número de citações na questão 6. O que faz para superar as dificuldades encontradas?

O que faz para sanar as dificuldades	
Categorias	Frequência
Conversas presenciais	5
Acesso por meio eletrônico	2
Discussões sobre procedimentos e encaminhamentos	1
Reuniões esporádicas	1
Aguardar até o dia seguinte	1
Conhecer os processos e etapas de outras instâncias do	1

hospital	
	Total: 11

Convém destacar que, enquanto para o médico a discussão sobre procedimentos e encaminhamentos é uma estratégia utilizada, a fisioterapeuta espera aguardar até o dia seguinte para solucionar um problema.

Um dos participantes afirma que a equipe possui alguns atritos, mas que, quando isso ocorre, busca sanar com a própria pessoa e longe do paciente:

M -“(...) Eu acho que é importante que todos estejam abertos para conversa e discussão. Então o que eu vejo no hospital são alguns atritos, ta?! Eu não tenho tido muito. Quando eu tenho discordância, é mais, discordância de opinião, eu procuro a pessoa, chamo a pessoa, agente conversa fora da vista do paciente, agente conversa sobre o caso e chega num acordo. Então habitualmente é boa, mas você vê que depende muito do tipo de personalidade e do contexto. (...)”
[SIC]

Para um membro da equipe, o fato dos médicos efetuarem a visita aos pacientes no período da manhã, prejudica a equipe do turno da tarde que, por não estar nesse momento no hospital, não participa de muitas das discussões, fazendo com que tenha que aguardar até o dia seguinte para obter informações.

F - “(...) O período da tarde sente um pouco mais de dificuldade porque o pessoal da tarde não encontra médicos que fizeram visitas pela manhã. O pessoal da tarde pega a continuidade dos outros. Então, a gente não consegue discutir muitas vezes coisas no período da tarde, só no da manhã. Não tem maiores problemas, mas acaba sendo uma dificuldade isso (...)” [SIC]

Outro membro da equipe aborda as dificuldades que a equipe enfrenta ao comunicar-se com outros departamentos.

N -“(...) Em relação à comunicação... Eu acho que o problema não é na equipe multidisciplinar. É no âmbito total. Todo mundo ter o conhecimento amplo, macro das coisas e não só na equipe multiprofissional (...). Não é só a equipe multiprofissional que a gente busca melhorar, mas a comunicação de uma maneira geral de todo o sistema precisa melhorar. Existe o conhecer os processos, as etapas, saber o que cada um faz o que (...) “[SIC]

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados apresentados é possível inferir algumas conclusões pertinentes à pesquisa: O processo de comunicação entre os membros das equipes multiprofissionais: uma Torre de Babel ou um código comum apesar das diferenças?

Em relação à atuação de uma equipe multiprofissional no atendimento a pacientes internados em um hospital verifica-se a importância dos membros da equipe compartilharem o mesmo objetivo, quer seja o de prestar cuidados de qualidade aos pacientes internados e reconhecerem a necessidade da atuação interdisciplinar de profissionais de várias áreas, cada qual contribuindo com sua *expertise*, para realizar o atendimento de forma total e eficaz ao paciente, considerado em suas dimensões biopsicossociais.

De acordo com Zannon (1994), a interdisciplinaridade se traduz pelo conjunto de ações integradas e inter-relacionadas, de diferentes profissionais e implica a tomada de decisão acerca das condutas a serem adotadas, levando em conta as diversas disciplinas, seu estudo e a intervenção profissional. Para Silva (2013) cada uma das áreas deve trocar e cooperar entre si, preservando a integridade de seus métodos, conceitos e respeitando à autonomia e à criatividade de cada uma das profissões envolvidas.

Considerando o acima exposto, entende-se que a equipe considerada neste estudo é multiprofissional, no sentido de agregar várias profissões (ZANNON, 1994) e que age de forma interdisciplinar, pois há uma reciprocidade entre as partes, troca de conhecimento e de informações sobre pacientes e procedimentos, cujas decisões são tomadas considerando a tríade equipe, paciente e família.

Sobre o processo de comunicação é possível afirmar que é adequado devido, principalmente, ao diálogo entre as partes e a transparência entre os profissionais.

Aliado a essas características, a união da equipe multiprofissional, para fazer o melhor ao paciente, a oportunidade de aprender com outros profissionais e com os pacientes faz com que sintam-se confortáveis, seguros e bem, vez que estarão em um grupo competente, que respeita os seus membros, esta aberto para o dialogo é unido e que, a partir dessa integração, estarão fazendo o melhor para paciente e família.

Apesar dos profissionais afirmarem a inexistência conflitos, observa-se que a comunicação não é perfeita. Dificuldades como discordâncias de opiniões, atropelo de funções ou dúvidas sobre procedimentos ocorrem, porém, são resolvidas de imediato de modo a evitar que não afetem o atendimento ao paciente.

Como fatores que facilitam a comunicação em uma equipe multiprofissional merece destaque a comunicação presencial, as trocas de informações e conhecimentos entre seus os membros, a complementaridade entre as áreas, a discussão de procedimentos, apoio à equipe, reuniões sobre os casos, a receptividade as ideias e a disposição da equipe multiprofissional para o diálogo.

Entre os fatores dificultadores do processo de comunicação destacam-se a discordância de opiniões, o atropelo de funções, a dificuldade em encontrar os profissionais para sanar dúvidas, a necessidade da escolha do melhor momento para expor suas ideias ou dúvidas.

Tanto os fatores facilitadores quanto os dificultadores contribuem com a dinâmica da equipe, criando um espaço em que há a liberdade para questionar, tirar dúvidas, opinar, superar dificuldades e conflitos, compartilhar experiências, aprender com a experiência do outro e ser proativo.

A criação desse espaço enriquecedor observado na equipe multidisciplinar, deve-se a formação do ECRO comum (PICHON,1994), em que é possível alcançar a heterogeneidade na composição da equipe, abordar o atendimento (denominada tarefa comum para Pichon) sob o enfoque e conhecimento de sua área, experiências e estudos, realizando trocas até chegar a uma integração ou construção enriquecida do objeto de estudo, gerando também mudanças, solução de conflitos no grupo e enriquecimento do esquema referencial, mantendo-o flexível e tornando-o operativo.

Os profissionais entrevistados uniram-se para acolher as demandas dos pacientes de forma integral e universal, estendendo os cuidados para os familiares, proporcionando atendimentos que visem à qualidade de vida, conforto e bem-estar durante o processo de adoecimento, recuperação e até o momento da alta médica.

Retomando a hipótese que norteou o presente estudo de que o processo de comunicação influencia na qualidade do atendimento a pacientes internados em hospitais e na dinâmica de uma equipe formada por diferentes profissionais da área da saúde, é

possível inferir que as dificuldades nos processos de comunicação podem influenciar na dinâmica entre os membros de uma equipe multiprofissional, afetando diretamente os atendimentos aos pacientes.

A falta de diálogo, o atropelo de funções, desconhecer suas funções e a do colega da equipe, a ausência de discussões dos casos e dos procedimentos a serem adotados e as discordâncias de opiniões não resolvidas, são fatores que interferem na relação dos membros do grupo, prejudicando os atendimentos com qualidade aos pacientes.

A equipe multiprofissional reconhece a importância em comunicar-se de forma clara com todos os profissionais e que os aspectos que podem dificultar esse processo podem afetar a relação entre seus membros e a prestação de serviço e evidenciam a dificuldade de comunicação entre diferentes turnos.

A atuação interdisciplinar mostra-se como uma forma de agir em prol aos usuários do hospital, mas também em prol a equipe. Cada saber carrega sua própria linguagem, mas a expõe de forma compreensível, clara e transparente para que todos os membros da equipe possam compreendê-la, pois a não compreensão da mensagem transmitida, as dúvidas e discordâncias de opiniões não trabalhadas, afetam diretamente os objetivos do grupo de atender bem o paciente.

É por meio da preocupação com a adequação da própria linguagem técnica de sua área específica do saber quando em contato com os membros da equipe multiprofissional que se possibilita o enriquecimento mútuo que facilita a interdisciplinaridade na equipe. Neste sentido, o código torna-se comum no lugar de uma Babel.

O fato dos gestores do hospital terem ciência da importância das equipes multiprofissionais, facilita a implementação desse tipo de equipe multiprofissional, sendo o apoio fundamental para evitar conflitos interpessoais entre seus componentes. Talvez esse seja o motivo da equipe estudada não ter apresentado dificuldades quanto ao seu funcionamento. Mas, isso se replicaria em hospitais cujos gestores não incentivam esse tipo de formação?

Fica a proposta como um tema a ser explorado por outros pesquisadores interessados nesta área e, talvez para um próximo TCC, a hipótese apresentada de que a eficácia no processo de comunicação de uma equipe multiprofissional depende em grande grau do estilo de gestão do hospital a que está submetida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Paulo Jorge dos Santos. O conflito no processo de trabalho da equipe de emergência. Florianópolis, 2007.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 3ª ed. São Paulo: Edições 70, 1977.

BIRDWHISTELL, R. L. Kinesics and context: essays on body motion communication. 4.ed. Philadelphia: UPP (University of Pennsylvania Press), 1985.

BOARETO, C. Humanização da assistência hospitalar: o dia-a-dia da prática dos serviços. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n.1, 2004.

CASTRO, Elisa Kern de; **BORNHOLDT**, Ellen. Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional. In: PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 24 (3), 48-57, 2004.

CAMPOS, G. W. S. Reforma da reforma: repensando a saúde. Hucitec. São Paulo (1992).

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. Lisboa 2004. Disponível em: <http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf>. Acesso em 13 set 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM) - RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1638_2002.pdf>; Acesso em: 10/02/16.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA (CRM-DF) - RESOLUÇÃO CRM- DF nº 43/2000. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CRMDF/pareceres/2014/12_2014.pdf>. Acesso em: 10 fev.2016.

DESLANDES, S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar comunicacional. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n.1, 2004.

FICHA DE PERFIL PROFISSIONAL DO CARGO DE AGENTE UNIVERSITÁRIO – IEES; Função: Enfermeiro Governo do Paraná. Universidade Estadual de Londrina. Disponível em: <http://www.uel.br/prorh/carreira/classe_1/enfermeiro.pdf>. Acesso em: 17 abr 2016.

FICHA DE PERFIL PROFISSIONAL DO CARGO DE AGENTE UNIVERSITÁRIO – IEES; Função: Fisioterapeuta; Governo do Paraná. Universidade Estadual de Londrina. Disponível em: <http://www.uel.br/prorh/carreira/classe_2/tecnico_em_enfermagem.pdf>; Acesso em: 17 abr 2016.

FICHA DE PERFIL PROFISSIONAL DO CARGO DE AGENTE UNIVERSITÁRIO – IEES; Função: médico; Governo do Paraná. Universidade Estadual de Londrina. Disponível em: <http://www.uel.br/prorh/carreira/classe_1/medico.pdf>. Acesso em: 17 abr 2016.

FOSSI, Luciana Barcellos e **GUARESCHI**, Neuza Maria de Fátima. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. São Paulo, 2004.

GATTÁS, M. L. B; FUREGATO, A. R. F. Interdisciplinaridade: uma contextualização. São Paulo: Acta paul. Enferm., v.19, n.3, 2006.

GATTAI, M. C. P. Comunicação e estilos de liderança. Apostila da disciplina Psicologia das Organizações ministrada no curso de Psicologia da PUC-SP. São Paulo, 2006.

GONÇALVES, A.C.C.S., PEIXOTO, L.C.. Obstáculos na comunicação entre secretárias da UFRJ e seus clientes. Disponível em: <http://www.pr4.ufrj.br/Trabalho_CONSUB.pdf>; Acesso em: 13 set. 2015.

HABERMAS, J.. Reason and the rationalization of society In: The theory of communicative action. Vol 1. Beacon Press. Boston, 1984.

HABERMAS, J. Lifeworld and system: A critique of functionalist reason. In: The theory of communicative action. Vol 2. Beacon Press, Boston, 1987.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. In: Ciênc. Saúde coletiva, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, Rio de Janeiro, 2013.

HUMANIZA SUS: DOCUMENTO BASE PARA GESTORES E TRABALHADORES DO SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

HUMANIZA SUS: POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO– PNH. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. 1ª ed. Brasília, DF, 2013. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetto.pdf>. Acesso em: 13 set. 2015.

KOCH, I. V. K. A inter-ação pela linguagem. São Paulo: Contexto, 2001.

MARQUES, Ana Lúcia Vallim Rua. Comunicação da equipe multiprofissional x qualidade na prestação de cuidados. Trabalho de monografia Campinas: 2009.

MATOS, E.; DE PIRES, D. E. P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. In: Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Vol.18, n2. pp.338-46, 2009.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE- OPAS. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS; São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.

PICHON-RIVIÈRE, E. O processo grupal. Martins Fontes. São Paulo, 1994.

PINTO, J. M. de R. A teoria da ação comunicativa de Jürgen Habermas: conceitos básicos e possibilidades de aplicação à administração escolar. In: Paidéia. FFCLP- USP. Ribeirão Preto, 1995.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação. Dissertação de Mestrado, Campinas: Faculdades de Ciências Médicas da Unicamp, 1998.

PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde; Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001.

RABELLO, E.T. e **PASSOS**, J. S. Vygotsky e o desenvolvimento humano. Disponível em <<http://www.josesilveira.com>> no dia 26 de Outubro de 2016.

ROTH, Maria Cecília. Registros Psicológicos em prontuários médicos. Apostila como material didático do núcleo de Psicologia Hospitalar ministrada no curso de Psicologia da PUC-SP. São Paulo, 2012.

ROZEMBERG, Brani; **DA SILVA**, Ana Paula Penna; **VASCONCELLOS-SILVA**, Paulo Roberto. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. In: Cad. Saúde Pública, 18(6):1685-1694, Rio de Janeiro, 2002.

SANTOS, Kátia Massuda Alves Batista dos; **SILVA**, Maria Júlia Paes da. Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. In: Rev. bras. Enferm., v. 59, n. 1, p. 61-66, Brasília, 2006

SANTOS, Lyvia de Jesus; **VIEIRA**, Maria Jésia. Atuação do psicólogo nos hospitais e nas maternidades do estado de Sergipe. In: Ciênc. Saúde coletiva, v. 17, n. 5, p. 1191-1202, Rio de Janeiro, 2012.

SAUSSURE, F. de. Curso de linguística geral. São Paulo: Cultrix, 1969.

SILVA, L. M. G. da et al. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. Revista Latino-americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, Vol.8, n.4, p. 52-58, 2000.

SILVA, Letícia Batista. A experiência interdisciplinar no hospital. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Experiencia_interdisciplinar_hospital_Leticia_Batista_Silva.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2016.

TRIBARRY, I.N.. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. Psicol Refl Crit. 2003; 16(3): 483-90

TORRINHA, Francisco. Dicionário Latino-Português, 2ª ed., Portugal, 1942.

VANOYE, F. Uso da linguagem. Problemas e técnicas na produção oral e escrita. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

VIEIRA, Maria Aparecida; **LIMA**, Ilda Nogueira de; **PETILIK**, Marina Emiko Ivamoto; Abordagem ambulatorial do nutricionista em anemia hemolítica. In: Rev. Nutr., 12(1):103-113, Campinas, 1999.

VYGOTSKY, L. S. Pensamento e Linguagem. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1998.

ZANNON, C.. Desafios à psicologia na instituição de saúde. In: Psicologia: Ciência e Profissão, Volume 13, 1994.

ANEXOS

Anexo A- Roteiro de Entrevista

Dados do Participante

Hospital:
Nome (Somente Iniciais) :
Idade:
Sexo:
Profissão:
Tempo na profissão:
Tempo no hospital:

Roteiro de Entrevista

1. Em sua opinião, qual a importância de uma equipe multiprofissional no atendimento a pacientes internados em um hospital?
2. Como é para você se comunicar com a equipe multiprofissional do seu trabalho?
3. Como você se sente nessa equipe?
4. Quais são as vantagens em se comunicar com os outros membros?
5. Quais são as dificuldades em se comunicar?
6. O que faz para superar as dificuldades encontradas?

Anexo B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) participante:

Sou estudante do curso de graduação em Psicologia, na Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paula. Estou realizando uma pesquisa sob supervisão da professora Dra. Maria Cristina Pinto Gattai, cujo objetivo é compreender o processo de comunicação das equipes multiprofissionais dos hospitais.

Sua participação envolve responder uma entrevista, com duração aproximada de 20 minutos. A participação neste estudo é voluntária e caso não queira participar ou quiser desistir de continuar participando em qualquer momento, tem absoluta liberdade para fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo (a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar deste estudo, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora Giorgia Troiano, através do e-mail troianogiorgia@gmail.com ou pelo telefone (11) 9 9663-6798.

Desde já agradeço sua colaboração.

☐ **Consinto em participar deste estudo**

_____/_____/_____
Nome

Assinatura

Anexo C- Parecer do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O processo de comunicação entre os membros de uma equipe multiprofissional: uma Torre de Babel ou um código comum apesar das diferenças?

Pesquisador: Maria Cristina Pinto Gattai

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56485716.9.0000.5482

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUC/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.574.397

Apresentação do Projeto:

Trata-se de protocolo de pesquisa para elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso no Bacharelado em Psicologia, vinculado à Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde (FCHS) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP).

Projeto de pesquisa de autoria de Giorgia Caterina Quattrone Troiano Valentim Cruz, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Cristina Pinto Gattai.

“(…) O ambiente hospitalar caracterizado como um local de prestação de cuidados tem como instrumento principal na intermediação entre a equipe multiprofissional e o paciente, o processo de comunicação. Caracterizado pela troca de informações verbais, escritas ou em sinais, a comunicação pode atingir graus de eficácia ou de deficiência quando busca produtividade, ocasionando também desentendimento entre os membros de uma equipe multiprofissional. Com isso, o presente trabalho tem como objetivo apresentar os aspectos facilitadores e complicadores no processo de comunicação interpessoal em equipe multiprofissional na área da saúde. Para isso, será utilizado como método um roteiro de entrevista, aplicado a uma equipe multidisciplinar de um hospital, e a análise qualitativa das falas, por meio da análise de conteúdo de informações de Lawrence Bardin.”

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C
Bairro: Perdizes **CEP:** 05.015-001
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3670-8466 **Fax:** (11)3670-8466 **E-mail:** cometica@pucsp.br



Continuação do Parecer: 1.574.397

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Apresentar a autopercepção sobre o processo de comunicação das equipes multiprofissionais da área da saúde.

Objetivo Secundário:

Por objetivos específicos, espera-se com este estudo:

- Identificar os aspectos facilitadores e complicadores presentes na comunicação com a equipe multiprofissional;
- Identificar o quanto esses aspectos influenciam no atendimento ao paciente submetido a equipe multiprofissional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não foram identificados possíveis riscos aqueles que vierem a participar da proposta.

No que diz respeito aos benefícios, verificamos que não são diretos, todavia, é um estudo de relevância e benefícios de cunho social e acadêmicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e fundamentada, permitindo-se concluir que a pesquisa possui uma linha metodológica definida, base da qual será possível auferir conclusões consistentes.

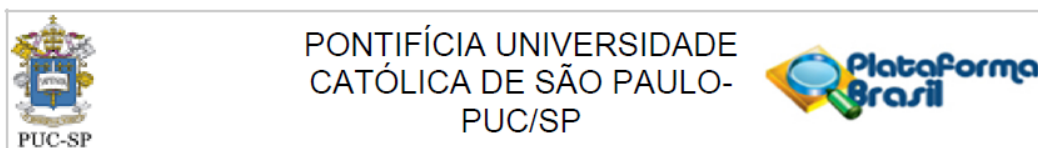
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados a contento, conforme orienta a Resolução CNS/MS nº 466/12, os Regimento e Regulamento Interno do Comitê de Ética em Pesquisa, campus Monte Alegre da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - CEP-PUC/SP e o Manual Ilustrado da Plataforma Brasil, disponíveis para consulta no site: www.pucsp.br/cometica

Recomendações:

Recomendamos que o desenvolvimento da pesquisa siga os fundamentos, metodologia, proposições, pressupostos em tela, do modo em que foram apresentados e avaliados por este Comitê de Ética em Pesquisa. Qualquer alteração deve ser imediatamente informada ao CEP-

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C	
Bairro: Perdizes	CEP: 05.015-001
UF: SP	Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3670-8466	Fax: (11)3670-8466 E-mail: cometica@pucsp.br



Continuação do Parecer: 1.574.397

PUC/SP, indicando a parte do protocolo de pesquisa modificada, acompanhada das justificativas.

Também, a pesquisadora deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme indicado pela Res. 466/12:

- a) desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) elaborar e apresentar o relatório final;
- c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento;
- d) manter em arquivo, sob sua guarda, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, os seus dados, em arquivo físico ou digital;
- e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;
- f) justificar, perante o CEP, interrupção do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

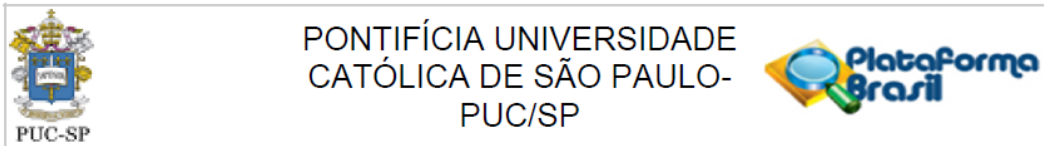
Sem Pendências e Lista de Inadequações, portanto, somos de parecer favorável à aprovação e realização do projeto de pesquisa em tela.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_618922.pdf	06/05/2016 17:57:13		Aceito
Outros	OficioDeApresentacao.docx	06/05/2016 17:56:55	Maria Cristina Pinto Gattai	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Professor_Giorgia.PDF	22/02/2016 19:22:10	Maria Cristina Pinto Gattai	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Giorgia.PDF	22/02/2016 19:20:35	Maria Cristina Pinto Gattai	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	01/12/2015 18:19:29	Maria Cristina Pinto Gattai	Aceito
Projeto Detalhado	Projeto.docx	01/12/2015	Maria Cristina Pinto	Aceito

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C
Bairro: Perdizes **CEP:** 05.015-001
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3670-8466 **Fax:** (11)3670-8466 **E-mail:** cometica@pucsp.br



Continuação do Parecer: 1.574.397

/ Brochura Investigador	Projeto.docx	18:19:10	Gattai	Aceito
----------------------------	--------------	----------	--------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 03 de Junho de 2016

Assinado por:
Edgard de Assis Carvalho
(Coordenador)

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C
Bairro: Perdizes **CEP:** 05.015-001
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3670-8466 **Fax:** (11)3670-8466 **E-mail:** cometica@pucsp.br

Anexo D - Transcrição das entrevistas

- Dados dos Participantes

Profissão: Médico

Nome: R. V.

Idade: 57 anos

Sexo: Masculino

Tempo na profissão: 27 anos

Tempo no hospital: 20 anos

Profissão: Enfermeira

Nome: L. P.

Idade: 25 anos

Sexo: Feminino

Tempo na profissão: 3 anos

Tempo no hospital: 6 meses

Profissão: Psicóloga

Nome: S. A

Idade: 48 anos

Sexo: Feminino

Tempo na profissão: 27 anos

Tempo no hospital: 4 anos

Profissão: Fisioterapeuta

Nome: L. A.

Idade: 27 anos

Sexo: Masculino

Tempo na profissão: 5 anos

Tempo no hospital: 1 ano

Profissão: Nutricionista

Nome: T. M.

Idade: 36 anos

Sexo: Feminino

Tempo na profissão: 11 anos

Tempo no hospital: 8 anos

Profissão: Técnica de Enfermagem

Nome: J. S.

Idade: 23 anos

Sexo: Feminino

Tempo na profissão: 2 anos e 6 meses

Tempo no hospital: 2 anos e 6 meses

- Transcrições

Médico

1. A importância é que eu acho que o paciente fica muito melhor assistido quando a gente divide responsabilidade e divide tarefas objetivando a melhoria de uma determinada pessoa, ok?!

Então, eu acho que além de você ter não só um médico, mas ter uma enfermeira, um psicólogo um fisio, uma nutricionista ou uma nutrologa, não ou, cada uma faz uma papel, a nutricionista e a nutrologa, você atende muito melhor o paciente. Porque cada um tem o seu foco, acho que desde que não aja conflito entre a equipe multidisciplinar e normalmente não há, porque são pequenas diferenças que podem e são resolvidas, mas sempre com o objetivo: melhorar a situação de alguém que está em más condições. Então isso é muito mais rico como era alguém no passado, que chegava fazia e ia embora! Hoje isso não da mais.

Hoje o conhecimento cresceu demais.

4. Então você dividir as funções é muito bom, acho eu. Eu aprendi a fazer isso basicamente na UTI, porque eu sou intensivista. Então na UTI você vê como é que funciona a equipe multidisciplinar muito melhor. Eu trouxe esse conceito pra enfermaria também. Então eu não tenho nenhuma excitação em chamar a fono, chamar os outros, perguntar pra enfermeira, não só enfermeira, técnico também... técnico às vezes chega pra você e fala assim -“ olha doutor o que você acha?” – Pô, eu não tinha pensado nisso!” É legal! É legal!

Pô, bicho eu não sou o dono da verdade e do conhecimento! Então assim, porque eles ficam muito mais tempo com o paciente do que eu.

Então, muitas vezes eu chego pro paciente assim:

- “ Dona Maria a senhora esta bem?”

-“To Doutor. ”

- “A senhora fez cocô?”

- “Fiz. ”

- “A senhora comeu?”

- “Comi. ”

Pergunto, examino, vejo barriga, uso o estetoscópio e tal e vou embora. Quando eu chego pra escrever, alguém encosta e mim e fala ”Doutor, ela não ta comendo. Ela mentiu, não ta comendo.”

Ela respondeu, porque às vezes ela ta temerosa, ou que ir embora pra casa, então, da respostas estranhas e que não são corretas.

Olha a questão da alimentação... -“a senhora comeu?!- comi! É tão relativo isso.

Ai eu chego pra nutricionista e pergunto, quanto que ela comeu da bandeja? 1/4. Ela comeu o purê. Cara, não serve.

Então, olha como é que melhorou muito uma coisa que poderia passar batida por mim e alguém chegou e me deu um toque. Então é perfeito. Claro que não é perfeito porque não existe perfeito, mas é muito melhor.

2. A minha experiência é muito boa porque eu sou uma pessoa comunicativa e não sou uma pessoa arrogante. Então pra mim é fácil. Eu escuto os outros e os outros me escutam também. Eu trabalho com transparência total. Outra coisa que eu aprendi em UTI, jogo aberto total. Não tem assim, coisas duvidosas ou estranhas. É aberto.

Então trabalhando dessa forma e você justificando suas condutas fica fácil você falar, por exemplo, “eu tenho uma discordância com o fisioterapeuta. Ah, mas você acha que precisa de fisio? Precisa, por causa disso, disso e disso, entendeu? Beleza?!”

Então assim, a comunicação, vamos dizer em 99% das vezes é muito boa. De vez em quando eu tenho um conflitinho.

5.6. Eu acho que a dificuldade... Olha eu não tenho tido dificuldade no meu dia a dia. Mas eu vejo outros colegas que tem. Sei de muitos colegas que tem dificuldades. Primeiro eles mal se comunicam com o paciente e quanto mais com a equipe multidisciplinar. Tem muitos que não aceitam a equipe multidisciplinar, muitos ainda tem uma postura mais prepotente. Vamos dizer: olha faz o que eu mandei, por favor? Ou quando a enfermeira questionar uma coisa responde: o que está escrito na prescrição? Então faça isso! Então assim, eu sei de gente que não gosta...

Eu acho que é importante que todos estejam abertos para conversa e discussão. Então o que eu vejo no hospital são alguns atritos, ta?! Eu não tenho tido muito. Quando eu tenho discordância, é mais, discordância de opinião, eu procuro a pessoa, chamo a pessoa, agente conversa fora da vista do paciente, agente conversa sobre o caso e chega num acordo. Então habitualmente é boa, mas você vê que depende muito do tipo de personalidade e do contexto.

Hoje o contexto favorece muito porque muitos profissionais vieram trabalhar no hospital... Antigamente só existia o médico e a enfermeira. Então era diferente, pô. Então, claro que a responsabilidade do medico era muito maior, ainda é a maior responsabilidade, mas antigamente ele não tinha a quem perguntar a quem consultar. Ele se dirigia a enfermeira e acabou. A enfermeira que tinha que fazer a coisa funcionar.

Então começou a chegar o fisioterapeuta, um profissional novo na área, o psicólogo também é um profissional novo na área. Aqui eu fui uma das pessoas que batalhou pra ter a muitos anos atrás esses dois profissionais: fisioterapeuta e psicólogo. Não tinha. Você vê, um hospital de câncer com, mortes, mortes e mais mortes, cuidados paliativos, famílias sofrendo, pacientes sofrendo e não tinha esse amparo. Tem hoje, mas ele é muito restrito. Tem duas pessoas (psicólogos), cara. Eu nem sei se tem atualmente no ambulatório...Acho que quando o Rivetti (outro médico) estava aqui ele implementou um laboratório de psicologia.

Então assim, são profissionais que vieram, o nutrólogo é um profissional, de dez anos atrás. Tinha a nutricionista que também ficava na cozinha. Ficava vendo se tava tudo funcionando isso aquilo. E hoje temos um nutrologo que é um medico especializado em nutrologia para pacientes graves. Não é pra bomba com ninguém. Pô, pegou um cara caquético, é difícilimo. Síndrome de má absorção...síndrome de realimentação, câncer, AIDS. Então esses profissionais que começaram a chegar eles enriqueceram e contribuem com muita coisa. Então eu vejo isso como algo ótimo.

3. Me sinto confortável. Porque eu ainda... é assim...Eu já me senti desconfortável...Eu me sinto bem, porque eu ainda ocupo um cargo de destaque, porque na maioria das vezes eu to coordenando o resto dos profissionais. De acordo com o que eu to vendo, diagnosticando e a minha linha de tratamento, eu to agregando os outros. Então os outros estão girando entorno. Então eu gosto disso! Eu gosto!

Tambem ai foi a minha experiência de UTI que foram os únicos problemas que eu tive de atrito com a equipe multidisciplinar, com o fisioterapeuta. O fisioterapeuta é um profissional que chegou ao hospital sem um espaço definido. Então, ele tenta ocupar uma parte do espaço do medico e uma parte do espaço da enfermeira, então é meio que são cotoveladas, ele chegou assim para se colocar(risos) .

Por exemplo, vou te falar um ponto de atrito que foi uma experiência comigo e não so comigo, mas vários profissionais. É você calibrar o respirador de pacientes entubados. O fisioterapeuta quer fazer isso, e não compete a ele. Ele compete desde que já teve a discussão com o medico, desde que o médico predeterminou qual a estratégia de ventilação. É que nem o nutrologo e o nutricionista. O nutrologo fala assim: Nós vamos usar uma dieta interal, e ai o nutricionista escolhe dentro do perfil, qual a dieta que tem no hospital que cabe ali.

Então, esse é o único atrito que eu tenho com a equipe, mas assim me sinto confortável. Às vezes tem que se impor um pouquinho, na maioria das vezes a coisa flui muito bem, mas eu gosto. Me sinto mais seguro, tranquilo... na hora de entubar um paciente com o fisio do lado, sabendo que alguém já ta correndo pra montar o ventilador...

Eu só não gosto quando tem atropelo de funções. Ai eu gosto de ser consultado. E não é por ego meu, é que eu acho que se algo der errado quem vai ser chamado não é o fisio ou a enfermeira, é o medico que ta cuidando. Se alguém vai levar um processo sou!

Eu gosto de ter equipe. É algo enriquecedor e que vai crescer e mais profissionais vão vir. Ate o da tecnologia, tem que ter um tecnólogo no hospital... Um bando de coisa. Então essa é uma experiência de fora do Brasil que a gente vai recebendo muito tempo depois as coisas que vão acontecendo aqui. Então não vai voltar pra trás, vai crescer e eu gosto de trabalhar assim, me sinto seguro e me sinto confortável também, fora pequenas coisinhas ali, mas é porque não estamos no paraíso.

Enfermeira

1. Nossa! É muito importante, porque trabalhar em equipe cada um tem a sua função, mas ao mesmo tempo, precisa de todo mundo junto. Então assim, o enfermeiro cuida também, mas e a parte psicológica? E a fisioterapia? E a parte médica? Então eu acho que cada um tem um pouquinho que precisa do outro.

4. Trabalhar na equipe multiprofissional, multidisciplinar também é muito importante porque faz bem tanto pro paciente quanto pro profissional. Tem uma troca entre a gente e uma complementa a outra.

Assim quando a enfermagem precisa de algum auxílio na psicologia, a gente liga e pede. A fisioterapia também. Às vezes nem está na prescrição médico, mas se precisar de um algum auxílio, ou alguma coisa, eles aparecem e agente pode fazer isso.

5.6. As vezes é difícil achar a galera(risos)! Mas a gente consegue.

5.6. Não é muito complicado não, porque se a gente não encontra, liga no ramal, pede pra chamar e eles vem.

2. É uma boa comunicação entre as equipes. É difícil ter algum atrito entre médicos, enfermeiros ou entre qualquer um da equipe multidisciplinar. Não tem conflito. É mais difícil ter conflito.

3. Eu amo esse lugar!(risos) Me sinto muito bem aqui. A estrutura do hospital e a equipe ajudam bastante. A gente aprende tanto com os outros profissionais quanto com o paciente, entendeu?! Ele ensina muito a gente.

As equipes ajudam muito os pacientes. E é gratificante ver fotos no Facebook dos pacientes agradecendo tanto os físicos, médicos, então isso é muito bom ver que todo mundo trabalhou pra que ele sai daqui bem e volta só pra nos visitar(risos)

Essa parte é muito boa. Tem os momentos tristes, né, quando eles morrem! Com certeza, mas tem o principal que é o lado bom.

Psicóloga

1. A importância dessa interdisciplinaridade que eu acho que já é inter., não considero multiprofissional. Multi porque a gente tem diferentes profissionais das diferentes áreas. Mas ela é inter porque a gente tem um dialogo muito legal entre nós profissionais. As vezes a gente ate faz visitas em equipe, quando isso é possível e nós temos disponibilidade.

Agora a vantagem maior disso tudo é caso a gente não tenha essa possibilidade, porque não é todo dia que ta todo mundo disponível, a gente consegue entrar em contato com o colega, discutir o caso e tomar uma conduta em equipe. E isso por paciente é o melhor dos mundos, porque la na frente a gente ta visando o bem estar desse paciente, um tratamento de excelência, com qualidade de vida e em proporcionar tudo isso. E nada

melhor do que os profissionais abrirem espaço para esse diálogo, valorizando a expertise de cada um.

2. Então o bacana é que ninguém invade o espaço de ninguém, cada um tem muito claro pra si o seu campo de atuação, mas a gente consegue trocar informações sobre um mesmo paciente no sentido de proporcionar um melhor atendimento. Então, aqui eu entendo que tem a ganhar é o paciente e o familiar, mas a gente também, porque como o resultado é sempre muito bom, no sentido da gente ter essa integralidade é muito gratificante pra gente também.

Quando eu digo pra você que o resultado é bom é porque ver o paciente bem, um paciente oncológico que não tem chance de cura, e quando a gente consegue proporcionar qualidade de vida para ele e para os familiares de verdade, quando a gente percebe que a gente tá conseguindo esse nosso objetivo, isso pra gente é muito gratificante.

Te digo isso no sentido de controlar os sintomas. O médico, consegue controlar com medicação? É lógico que ele consegue. Mas o nutricionista com uma boa alimentação, orientação, o psicólogo com um bom acompanhamento, o serviço social, assistindo as necessidades desse paciente. Então, quando a gente consegue esse diálogo, entre esses membros da equipe, com um único objetivo de atender esse paciente com excelência, o resultado é bom.

O fato dos gestores dos serviços estarem muito abertos para compor a equipe multi. Foram muito receptivos. Então, o sucesso do trabalho em si, foi o fato dos profissionais estarem muito abertos para trabalhar em equipe. Em acho que já era um preparo que eles deviam ter, imagino que seja uma característica da instituição, um perfil né que dessa abertura dos profissionais conversarem entre si e isso resultou no processo do trabalho que agente vem fazendo até hoje.

4. A gente tem reuniões toda à semana. A gente procura manter as reuniões semanalmente. Isso varia muito de acordo com a disponibilidade, mas todos procuram participar. Então, a gente tem esse dia que é pra discutir todos os casos. Pra ver o que

pode ser feito, o que já foi feito, avaliar os resultados do que já foi feito, se há necessidades de mudar alguma coisa na conduta. Entretanto, se a gente tem a necessidade de conversar com um colega, seja ele assistente social, seja ele da nutrição extra reunião, e agente tem, o acesso é muito fácil.

Então eu posso procurar o meu colega seja ele, no corredor, na sala dele, seja por telefone, dependendo da emergência. Todos nos somos muito receptivos uns aos outros e assim, sempre prontamente para atender. Então, eu particularmente não tenho dificuldade nenhuma de conversar seja com o medico com outro, tenho essa abertura.

Muitas vezes eu chego para o médico e falo “Olha, eu não entendi o que é isso. Você pode me explicar? Ele para o que esta fazendo e me explica. Às vezes eu pergunto “Doutor, qual o efeito dessa medicação? O que pode causar? Quais os efeitos colaterais que essa quimioterapia pode causar? Porque a gente não conhece todas né, ai ele fala assim: “ não há certezas 100% que aquele medicamento vai causar tais e tais efeitos colaterais. No entanto, estatisticamente, alguns remédios causam alguns efeitos colaterais. Então, eu procuro a informação e eles sempre estão prontamente disponíveis pra responder. Há sempre um respeito muito grande entre os profissionais aqui na instituição.

Eu não saberia dizer se é uma característica só daqui, só do instituto. Eu acho que não. Cada vez mais esta ficando difícil trabalhar sozinho e eu acho isso ótimo, que fica cada vez mais difícil, porque um único profissional não domina todas as áreas e tem que ter essa interdisciplinaridade no sentido do dialogo. De existir esse diálogo cada vez mais, mas não pra procurar besteira, Não podemos banalizar a interdisciplinaridade. A gente tem que levar essa conquista a serio, no sentido de quando formos buscar esse profissional, de discutir coisas que tenham pertinência.

Eu sei que o médico tem o trabalho dele. que é uma pessoa ocupada e que precisa estar a li pra atender o paciente. Então eu no momento oportuno, procuro esse profissional para esclarecer uma ou outra duvida que eu tenho.

Obvio que eu pesquiso tambem! Não vou ficar só atrás dele. A gente pesquisa mas aquilo que pode conversar, como percepções que a gente tem precisa passar para o colega.

Quando tem alguma resistência do paciente e a nutricionista percebe ou a psicologia a gente já se conversa, porque a gente tenta fazer uma negociação para primeiro não impor

um tratamento, para deixar ele processar e segundo, para que seja uma toma de decisão em conjunto. Que não seja unilateral, respeitando que ali tem um paciente uma historia a ser levada em consideração. Por isso que eu te falo que o resultado é sempre bacana. Que a gente fica muito contente.

5.6. Trabalhando interdisciplinarmente é muito difícil falar que o resultado não é gratificante, né. Mas é obvio que os pacientes que tem doenças graves, infelizmente vão a óbito. O nosso objetivo é fazer com que mesmo que o desfecho dele seja a morte, que passe os últimos dias dele com qualidade.

Então é isso, a gente não tem grandes obstáculos. A gente tem bastante acesso a esses profissionais e o dialogo é sempre muita aberto e franco. E o que eu acho que vale a pena tocar aqui é que todos nossos temos muito claro o nosso objetivo. Com isso muito claro, o trabalho é bem sucedido. Porque todo mundo tem muito claro qual é o objetivo, qual é a sua missão. Então dificilmente a gente encontra entraves pra dialogo ou pra discussão de caso. É muito gratificante essa relação que a gente tem aqui.

3. me sinto muito seguro. Sinto que é uma equipe muito responsável e isso que me da segurança e, obviamente, se você somar a segurança, a responsabilidade dos membros da equipe promove, isso se torna acolhedor. Porque quando você trabalha em um ambiente seguro, você se sente acolhido, né.

Eu acho muito gratificante trabalhar com essa equipe. Essa equipe foi aquela que começou lá em 2012, agente tem um vinculo muito importante, muito forte e cada vez mais isso cada vez mais vai fortalecendo o nosso trabalho.

Eu sinto assim: uma dinâmica acolhedora e o fato de a gente ter esse acolhimento não significa que nos não saibamos das nossas responsabilidades. Então, eu acho que isso é interessante. E todos que fazem parte dessa equipe são todas pessoas extremamente capacitadas. E isso tambem reforça a segurança que a gente tem em trabalhar nessa equipe e automaticamente a gente se sente confortável, né, porque a gente sabe cada uma ali esta falando com muita propriedade daquele assunto, na sua expertise. Então, isso de certa forma deixa a gente muito confortável.

Fisioterapeuta

1. *Eu acho que todo mundo sempre tem alguma coisa acrescenta para o paciente, cada um com o seu ponto de vista. Então, o médico tem o conhecimento de todo o quadro do paciente, a enfermagem com a parte de medicamento, a farmácia com isso também, a fisio com a parte da recuperação e da reabilitação, a psico acompanhando não só o paciente como também todo o quadro que esse paciente ta inserido.*

Eu acho que cada um complementando com a sua área pelo mesmo objetivo, que é tirar esse paciente mais rápido possível com qualidade desse hospital. Principalmente num hospital do câncer onde é um ambiente pesado não só pro paciente, mas toda a família e todos que tão o acompanhando.

Principalmente em cuidados paliativos que demanda muito mais cuidado não só com ele, mas pra família e com conforto. Todo o paciente merece ter cuidados em todo lugar em si, ter todos esses cuidados de conforto e tudo, mas principalmente um que fatalmente vai acabar morrendo.

Todo mundo vai morrer, então que seja em uma cama, deitado, tranquilo e sem dor, sem falta de ar, desconforto... e eu acho que todo mundo quer. Então, é isso o diferencial de um hospital de câncer.

2. *Acho que é legal, porque sempre a gente pode acrescentar em alguma coisa e a gente pode ouvir muita coisa. Tem muita coisa que agente aprende todo dia. Não so da área da psico, mas também da área de enfermagem, da área da biomedicina que a gente esta entrando em contato. todas as áreas tem alguma coisa a acrescentar.*

3. *Acho que é assim que a gente se sente, aqui no hospital a gente aprende todo dia alguma coisa nova, diferente porque todo dia tem um paciente novo e diferente que a gente nunca ouviu falar na vida.*

Me sinto confortável em conversas com qualquer um em qualquer hora.

4. *A gente tem o numero de todo mundo e ai qualquer coisa a gente se comunica na hora. Se tem algum um problema com o paciente a gente resolve já, assim que a gente consegue conversar. Poxa, na hora a gente consegue conversar. Normalmente não passa de 24 horas ate que agente consiga resolver esse problema ou essa duvida. Pelo menos comigo é assim.*

Outra facilidade é uma reunião que fazemos todas as segundas-feiras de cuidados paliativos. A gente deixou a desejar nessas duas semanas porque não conseguimos fazer. Mas eu acho que é algo que ajuda bastante, porque nessa reunião de cuidados paliativos são todas as equipes falando sobre os pacientes paliativos. Não tem nenhuma facilidade enorme porque tá todo mundo confinado ali. Qualquer mudança na hora você já passa, já ouve na hora e já consegue discutir. Então eu acho que essas reuniões ajudam bastante . Não só essas de toda segunda que já são marcadas, mas também as esporádicas que agente faz quando aparece alguém oportunidade ou quando tem alguma necessidade.

5. Humm... talvez o pessoal da tarde sinta um pouco de dificuldade porque não tem todas as profissões 24 horas por dia. não tem fisioterapeuta 24 por dia aqui, médico... só ficam no período da manha. Então, acho que é a escassez de profissionais muitas vezes acaba atrapalhando e complica. Então, psicólogas nos temos 3, mas entramos em contato com só duas.

O período da tarde sente um pouco mais de dificuldade porque o pessoal da tarde não encontra médicos que fizeram visitas pela manhã, no período da tarde pega a continuidade dos outros. Então, a gente não consegue discutir muitas vezes coisas no período da tarde, só no da manhã. Não tem maiores problemas, mas acaba sendo uma dificuldade isso.

Nutricionista

1. 4. Acho que a equipe multidisciplinar é fundamental em todos os serviços hospitalares. Porque, ela agrega conhecimento e planos de ação para o benefício do paciente e benéfico de quem cuida do paciente. Porque eu não consigo entender do que a enfermagem faz, ou a enfermagem não sabe da formula da dieta, assim como a fono...ou o farmacêutico com as suas formulas, né?! Então, eu acho fundamental porque agrega um melhor atendimento ao paciente e cada profissional podendo colocar o que tem de melhor para trabalhar só tem a ganhar, a instituição, o paciente e tudo mais.

E também em relação a isso, o SUS tem planos pra quem tem equipe multidisciplinar no hospital e gera dinheiro, pelo menos um pouquinho.(risos)

2. *Eu acho que, como acho que deve ser em todo lugar, todo mundo tem acúmulo de funções, ne?! Então agente não é só enfermeiro, ou so nutricionista, ou so farmacêutico, ou só fono da equipe multidisciplinar.*

Nós prestamos serviço para o hospital e a equipe multidisciplinar ta dentro disso, ne?! O que quero dizer é assim. Eu sou nutricionista de todos os pacientes internados e da equipe multidisciplinar. Então, um agrega o outro. Então dentro do bom senso eu acho que a gente consegue se comunicar, consegue passar as informações que são precisas, consegue trocar com os profissionais, tirar duvidas ou se coisa de outro setor e a gente viu que podia melhorar ou outro setor fala pra gente uma coisa que pode melhorar. Então esse é o papel da equipe e mais, acho que aqui ate acontece bastante essa troca.

Em relação à dieta e a nutrição, a nutrição no hospital é muito forte. Então aqui, a gente consegue bastante discutir com o medico, falar o que a gente acha, ter avaliação nutricional de todos os pacientes que estão internados, tem nutricionista especifica pra isso. Eu acho que é interessante.

5. *Passei da fase de não me sentir a vontade de falar com alguém. Eu acho que tudo pode ser dito, porem saber a hora e como falar. Se você tá no meio da reunião, você tem que saber se é o momento de falar? É só o momento de discutir um caso? Que momento é pra falar? Então eu acho que a gente consegue fazer isso aqui é só saber o como e a hora de falar. Acho que tudo tem o seu momento.*

Em relação à comunicação... Eu acho que o problema não é na equipe multidisciplinar. É no âmbito total. Todo mundo ter o conhecimento amplo, macro das coisas e não só na equipe multiprofissional. Porque a equipe envolve não só o paciente, mas tambem quem é do SAME, por exemplo, que não faz parte da equipe multiprofissional, mas é peça fundamental para o paciente que precisa fazer o raio-x e precisa de uma informação e é ele (SAME) que vai dar essa informação.

6. *Não é só a equipe multiprofissional que a gente busca melhorar, mas a comunicação de uma maneira geral de todo o sistema precisa melhorar. Existi conhecer os processos, as etapas, saber o que cada um faz o que...todo mundo ter todos os conhecimentos, porque se falta... falta gente, se muda de área.*

Por exemplo, eu hoje to liberando dieta, mas tenho que saber como que atende no ambulatório, porque um dia o pessoal do ambulatório pode não vir e eu preciso ir ao

ambulatório. Eu acho que essa comunicação precisa mudar. Todo mundo saber os processos, ter pelo menos a base do conhecimento. Eu acho que isso é importante.

Agora mesmo, acabei de orientar por telefone uma enfermeira como ela deve agir em determinada situação. Porque ela não sabe? Não, porque ela é nova e ta aprendendo, ne. Então eu acho que isso faz patê do papel da nutricionista e como colega de trabalho.

3. A gente mata um leão a cada dia. Temos problemas financeiros, estruturais, escassez de profissionais, novos sendo treinados... Porque trabalhar aqui, ou no SUS, ou com pacientes complexos, ou num hospital como esse que é relativamente pequeno, porem de alta complexidade, cada paciente tem alta com sucesso e é uma vitória mútua, conjunta... Então, acho que fácil não é, mas tem que insistir, tem que querer e não ficar acomodado do tipo "sempre foi assim" ou "sempre será assim. " Acho que sempre você precisa querer melhorar.

Eu gosto do que faço. Como profissão que escolhi pra fazer, gosto. Gosto de ter contato com o paciente, por mais dificuldade que temos que enfrentar que fazem parte do processo, me sinto bem fazendo o que faço. Gosto de lidar com o paciente, acho bem valido.

Técnica de enfermagem

1. A importância é muita. Em primeiro lugar a gente tem que se unir a equipe profissional para fazer o melhor para o paciente...

2. Pra mim é boa. Não tenho dificuldades para me comunicar com a equipe daqui. A gente é bem unido. A gente não tem problema nenhum aqui. Sem problemas graças a Deus

3. Eu me sinto muito bem aqui. A gente fez uma formação completa. A gente se uni para cuidar do paciente. Quando o paciente ta na emergência todo mundo vai junto ficar na emergência... Quando ta passando mal todo mundo vai junto pra atender. Não tem essa do paciente não é meu, é só seu, ou só meu, quem atendeu foi você... Então, a gente é bem unido assim pra fazer o melhor pra o paciente.

4. *Todo mundo é bem acolhido aqui. Um apoio o outro no que precisa. No nosso plantão da manhã é assim. A enfermeira ajuda a gente, explica, fica junto. Então, a gente é bem unido aqui.*

É bom porque a gente sempre pensa no melhor do paciente, né?! Então, o paciente não sofre. Porque se a equipe é boa e pensa no mesmo pra fazer o melhor para o seu paciente. Então, o paciente não sofre. O atendimento é rápido, toma a sua medicação e o quanto antes vai embora pra casa.

5. 6. *O que não é muito fácil é tipo assim, se precisarmos fazer algum exame.. deixa eu ver... na tomografia e ai deu algum pedido errado. Ai eles vem aqui reclamar... ai agente tem que resolver com o médico pra pedir outro...ai a recepção fala uma coisa... É tipo essa parte fora daqui que a gente tem que lidar. Que é com o pessoal da tomografia.*

As vezes o acompanhante tem problema com o raio-x. Que fala que mandou, e a gente já falou que mandou, e ai chega lá e não foi mandado pro raio-x e da uma confusão. Dai tem que pedir de novo. Mas tirando isso, da tudo certo!

A dificuldade na comunicação que a gente tem mesmo é mais por fora. Que é um pouco difícil a comunicação porque a cada hora a rotina ta de um jeito no hospital.