**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

BETHANIA FERREIRA GOULART

**Aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho em
equipe em Unidade de Alta Densidade Tecnológica**

**Ribeirão Preto
2015**

BETHANIA FERREIRA GOULART

**Aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho em
equipe em Unidade de Alta Densidade Tecnológica**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Linha de pesquisa: Prática Social e Profissional de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves

**Ribeirão Preto
2015**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Goulart, Bethania Ferreira

Aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho em equipe em Unidade de Alta Densidade Tecnológica. Ribeirão Preto, 2015.

126f.: il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Orientadora: Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves

1. Equipe de assistência ao paciente. 2. Organização e Administração. 3. Assistência hospitalar. 4. Relações interprofissionais. 5. Hospitais. 6. Enfermagem.

Nome: GOULART, Bethania Ferreira

Título: Aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho em equipe em Unidade de Alta Densidade Tecnológica

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*À minha doce e amada mãe, Geila, pelo seu amor, auxílio e confiança!
Afetuosamente, agradeço por ser meu porto seguro, acolhedor e aconchegante. Seu
abraço dispensa qualquer palavra e sua presença desperta, em mim, coragem e
força! Você me ensina, com o seu amor incondicional, a vencer os obstáculos e a
concretizar sonhos! A você minha gratidão, admiração e respeito!*

*Ao meu amado pai, Paulo, que mesmo estando em outra dimensão, fora deste
nosso plano físico, sua presença espiritual, seu amor e amparo encham minha vida
de esperança, encorajando-me a seguir em frente. Abraço você, afetuosamente, em
pensamento e agradeço-lhe por tudo!*

*À minha querida avó, “Rolinha”, que tendo partido durante esta trajetória do
doutorado, deixou claro que, em sua história, não precisou de títulos para transitar
pela vida com resignação, humildade e sabedoria.*

*Ao meu amado marido, Roberto, pelo amor, afeto e abraços que transmitem paz,
aconchego e força. Agradeço pelo companheirismo, incentivo e ternura!*

*Ao meu querido irmão, Frederico, pelo exemplo de garra, superação e força para
transpor obstáculos!*

*À minha querida sobrinha Mariana que, apesar de ainda tão jovem, foi de uma
maturidade incrível para estimular-me nesta trajetória, oferecendo, constantemente
uma palavra de carinho, aconchego, conforto e incentivo!*

*Aos meus familiares que, mesmo não tendo seus nomes citados, cada um à sua
maneira, afetuosamente torcem e celebram as conquistas que ocorrem em minha
vida!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e aos anjos de luz por terem guiado meus passos, orientado minhas decisões, ajudando-me a concretizar esta etapa e a superar obstáculos que pareciam intransponíveis.

À Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves por ter depositado confiança em mim. Agradeço-lhe pelo acolhimento, pelos ensinamentos, pela dedicação e pelo compartilhar de saberes! O processo ensino-aprendizagem, para construir novos conhecimentos, requer um “fazer juntos”!

À Dra. Miyeko Hayashida por ter sido uma luz que clareou o caminho, transmitindo, com tamanha simplicidade, saberes tão complexos e essenciais! Muito obrigada pelo acolhimento, colaboração e disponibilidade!

À Profa. Dra. Sílvia Helena Henriques Camelo pelas valiosas contribuições no exame de qualificação e na fase final desta pesquisa. Agradeço pelo auxílio, acolhimento e afeto durante toda esta trajetória. Muito obrigada!

À Profa. Dra. Cinira Magali Fortuna pelas relevantes contribuições no exame de qualificação e pelas reflexões tão densas e valiosas na fase final desta pesquisa.

À Profa. Dra. Ana Maria Laus pelo acolhimento e afeto durante toda esta caminhada.

À Profa. Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas pelos ricos ensinamentos que me acompanham desde a nossa convivência. Muito do que está na minha bagagem de conhecimentos agradeço a você!

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, aos docentes e funcionários da Pós-Graduação, pela receptividade, apoio, respeito e atenção.

À Flávia D. Oliveira Souza pela receptividade, disponibilidade e auxílio sempre que necessário.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro por ter possibilitado e incentivado a realização desta qualificação profissional.

Ao Centro de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, coordenação, docentes e técnico-administrativos pelo apoio, compreensão e estímulo para conquista de mais esta etapa na minha formação profissional.

Ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pela possibilidade de realização da coleta de dados.

Aos profissionais da Unidade Coronariana do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pela receptividade, apoio e auxílio. Agradeço pelo acolhimento e confiança!

À Bibiane Dias Miranda Parreira pelo carinho, afeto, apoio, auxílio e suporte nos momentos difíceis. Suas palavras, sempre tão doces, me encorajam a seguir adiante! A sua amizade me fortalece e ampara! Muito obrigada!

À Alessandra Roberta Silva pela amizade durante todos esses anos. Seu apoio, carinho e ternura, encorajam-me a seguir em frente e a concretizar este sonho! Muito obrigada por fazer parte da minha vida!

À Elizabeth Barichello e Maria Helena Barbosa pelo carinho e por me apoiarem nesta trajetória, ajudando a transformar momentos difíceis em aprendizado! Agradeço pela amizade de vocês!

À Marina Aleixo Diniz, exemplo de garra, superação de limites e coragem! Agradeço pelo seu apoio, auxílio, afeto e carinho!

À Mariana Oliveira Fonseca-Machado pela amizade, carinho, paciência e generosidade em hospedar-me em sua casa! Muito obrigada!

À Márcia Palhares pelo auxílio, apoio e disponibilidade constante em ajudar! Muito obrigada!

Aos amigos que, mesmo não tendo seus nomes citados, fazem parte desta trajetória, e cada um, a seu modo, ajudou de maneira doce e afetuosa! Agradeço pelo carinho que dispensaram a mim!

“Se eu pudesse deixar algum presente a você,
deixaria aceso o sentimento de
amor à vida dos seres humanos.
A consciência de aprender tudo o que nos
foi ensinado pelo tempo afora.
Lembraria os erros que foram cometidos,
como sinais para que não mais se
repetissem; a capacidade de escolher novos rumos.
Deixaria para você, se pudesse, o respeito,
aquilo que é indispensável:
além do pão, o trabalho e a ação.
E, quando tudo mais faltasse,
para você eu deixaria, se pudesse, um segredo:
O de buscar no interior de si mesmo a resposta para
encontrar a saída.”
Gandhi

RESUMO

GOULART, B. F. **Aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho em equipe em Unidade de Alta Densidade Tecnológica**. 2015. 126f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

O trabalho em equipe representa estratégia para superação da frágil articulação entre profissionais, sendo potencializado pela prática colaborativa entre agentes e gestão participativa. Entretanto, os arranjos organizacionais não favorecem a interação entre os profissionais e dificultam o trabalho em equipe. A magnitude dos agravos cardiovasculares por serviços regulados e estruturados, pautados num enfoque multiprofissional em saúde, a carência de publicações científicas sobre trabalho em equipe na atenção hospitalar, a potência do trabalho em equipe para responder às demandas reais de saúde justificam investigações a respeito do trabalho em equipe de saúde em Unidade Coronariana, particularizando a compreensão de aspectos que dificultam e facilitam esse trabalho. Assim, esta pesquisa teve como objetivo analisar o trabalho em equipe, desenvolvido em unidade hospitalar de alta densidade tecnológica, segundo a perspectiva da equipe de saúde. É um estudo descritivo, utilizando dados qualitativos e quantitativos, realizado em Unidade Coronariana de um Hospital público, de ensino, de nível terciário, referência para atendimento de alta densidade tecnológica. A população constituiu-se de profissionais da equipe multiprofissional que atuavam na referida unidade há, pelo menos, um ano, sendo excluídos aqueles que se encontravam afastados do trabalho à época da coleta dos dados e os não localizados após três tentativas para agendamento da entrevista. Utilizou-se a Técnica do Incidente Crítico, e os dados primários foram coletados por meio de entrevista semiestruturada. A análise dos dados fundamentou-se em análise de conteúdo. Participaram do estudo 45 profissionais da equipe de saúde, sendo 20 técnicos/auxiliares de enfermagem; 11 médicos; nove enfermeiros; quatro fisioterapeutas e um psicólogo. Das entrevistas, emergiram 49 situações, das quais 38 (77,6%) receberam referências negativas e 11 (22,4%), positivas; 385 comportamentos, sendo 209 (54,2%) positivos e 176 (45,8%) negativos; além de 182 consequências que receberam 131 (71,9%) referências negativas e 51 (28,1%) positivas. As referências positivas indicam aspectos que facilitam o trabalho em equipe e as negativas, aqueles que dificultam. Foram considerados facilitadores do trabalho em equipe colaborar/relacionar-se com os outros profissionais, desenvolver assistência ao paciente conforme a competência profissional, relacionamento entre agentes pautado na prática colaborativa e comunicação. Aspectos como baixa colaboração entre profissionais, gerenciamento inadequado de agentes, despreparo profissional no atendimento à parada cardiorrespiratória/emergência, divergências nas condutas terapêuticas, limitação de recursos materiais e agir de maneira descomprometida com o trabalho dificultam o trabalho em equipe. Conclui-se que, apesar do predomínio de situações e consequências negativas relativas à dinâmica do trabalho em equipe nessa Unidade Coronariana, a ênfase em comportamentos positivos, favoráveis ao trabalho em equipe, evidencia investimento e esforço para superar dificuldades, na perspectiva da potência do trabalho em equipe para atingir a finalidade do trabalho em saúde. A partir dos resultados, acredita-se que aspectos relativos à formação/capacitação profissional e à organização do serviço precisam

favorecer o trabalho em equipe, estando a centralidade do processo de trabalho dessa equipe nas relações entre agentes.

Palavras-chave: Equipe de Assistência ao Paciente. Organização e Administração. Assistência Hospitalar. Relações Interprofissionais. Hospitais. Enfermagem.

ABSTRACT

GOULART, B. F. **Facilitating and hindering aspects of teamwork in High-density Technology Unit**. 2015. 126f. Thesis (Doctorate) - University of São Paulo at Ribeirao Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2015.

Teamwork is a strategy for overcoming the fragile link between professionals, enhanced by collaborative practices between agents and participatory management. However, the organizational arrangements do not favor the interaction between professionals, hindering teamwork. The magnitude of cardiovascular diseases, worsened by regulated and structured services, guided by a multi-professional approach to health, and the lack of scientific publications on teamwork in hospital care and its potential to meet real health needs justify studying the teamwork of a health team in a Coronary Care Unit, individualizing the understanding of aspects that hinder and facilitate this work. Thus, the aim of this study was to analyze the teamwork developed in hospital of high technological density, from the perspective of the health team. It is a descriptive study using qualitative and quantitative data, held in a teaching, tertiary, reference Coronary Care Unit for a high technological density service. The population consisted of professionals from the multidisciplinary team who worked in that unit for at least one year, excluding those who were out of work at the time of data collection or who were not located after three attempts to schedule the interview. The Critical Incident Technique was used, and primary data were collected through semi-structured interviews. Data analysis was based on content analysis. Study participants were 45 health team professionals, 20 nursing technicians/aides; 11 physicians; 9 nurses; 4 physical therapists and 1 psychologist. The interviews revealed 49 situations, of which 38 (77.6%) were negative references and 11 (22.4%) positive; 385 behaviors, where 209 (54.2%) were positive and 176 (45.8%) negative; in addition to receiving 182 consequences of which 131 (71.9%) were negative and 51 (28.1%) were positive references. Positive references indicate aspects that facilitate teamwork and negative aspects that hinder it. The characteristics among staff such as collaboration/relationship with other professionals, development of patient care according to professional competence, relationship between guided agents in collaborative and communication practice were considered teamwork facilitators. Aspects such as low collaboration among professionals, inadequate agent management, lack of professional preparation to assist heart arrests/emergencies, differences in therapeutic approaches, limitation of material resources and lack of commitment to work hinder teamwork. In conclusion, despite the predominance of negative situations and consequences related to the dynamics of teamwork in this Coronary Care Unit, the emphasis on positive behavior, favorable to teamwork, shows investment and effort to overcome difficulties in view of the teamwork potential to achieve the purpose of health work. Analyzing these results, it is believed that aspects of the professional education/training and service organization must promote teamwork, with the centrality of the working process of this team focused on the relationships among agents.

Keywords: Patient Care Team. Organization and Administration. Hospital Care. Interprofessional Relations. Hospitals. Nursing.

RESUMEN

GOULART, B. F. **Aspectos facilitadores y dificultadores del trabajo en equipo en Unidad de Alta Densidad Tecnológica**. 2015. 126f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

El trabajo en equipo constituye estrategia superadora de la débil articulación interprofesional, potenciándose con la práctica de colaboración entre agentes y con la gestión participativa. Sin embargo, las estructuras organizacionales no favorecen la interacción entre profesionales y dificultan el trabajo en equipo. La magnitud de las complicaciones cardiovasculares por servicios reglamentados y estructurados, pautados bajo enfoque multiprofesional en salud, la carencia de publicaciones científicas sobre trabajo en equipo en atención hospitalaria, el potencial del trabajo en equipo para atender las reales demandas de salud, justifican investigaciones respecto del trabajo en equipo de salud en Unidad Coronaria, particularizando la comprensión de aspectos que dificultan y facilitan dicho trabajo. Estudio que objetivó analizar el trabajo en equipo desarrollado en unidad hospitalaria de alta densidad tecnológica, según la perspectiva del equipo de salud. Investigación descriptiva, utilizando datos cualitativos y cuantitativos, realizada en Unidad Coronaria de un Hospital Público de enseñanza, de nivel terciario, referencial en atención de alta densidad tecnológica. Población constituida por profesionales del equipo multiprofesional actuante en la referida unidad con al menos un año de antigüedad, excluyéndose aquellos con licencia laboral al momento de la recolección de datos y no localizados luego de tres intentos de agendar entrevista. Se utilizó la Técnica del Incidente Crítico. Los datos fueron recolectados mediante entrevista semiestructurada. El análisis de datos se realizó según análisis de contenido. Participaron del estudio 45 profesionales del equipo de salud: 20 técnicos/auxiliares de enfermería, 11 médicos, 9 enfermeros, 4 fisioterapeutas y 1 psicólogo. De las entrevistas, surgieron 49 situaciones, de las cuales 38 (77,6%) recibieron referencias negativas y 11 (22,4%) positivas; 385 comportamientos, siendo 209 (54,2%) positivos y 176 (45,8%) negativos; además de 182 consecuencias que recibieron 131 (71,9%) referencias negativas y 51 (28,1%) positivas. Las referencias positivas indican aspectos que facilitan el trabajo en equipo; las negativas, aquellos que lo dificultan. Fueron considerados facilitadores del trabajo en equipo: colaborar/relacionarse con los demás profesionales, desarrollar atención al paciente según la competencia profesional, relación entre agentes pautada en la práctica de colaboración y comunicación. Aspectos tales como baja colaboración entre profesionales, administración inadecuada de agentes, falta de preparación profesional en la atención del paro cardiorrespiratorio/emergencia, divergencias en conductas terapéuticas, limitación de recursos materiales y actuar sin compromiso con el trabajo, dificultan el trabajo en equipo. Se concluye en que, a pesar del predominio de situaciones y consecuencias negativas relativas a la dinámica del trabajo en equipo en dicha Unidad Coronaria, el énfasis en comportamientos positivos favorables al trabajo en equipo evidencia inversión y esfuerzo para superar las dificultades, en la perspectiva del potencial del trabajo en equipo para alcanzar los objetivos del trabajo en salud. A partir de los resultados, se cree que los aspectos relativos a la formación/capacitación profesional y organización del servicio necesitan favorecer al

trabajo en equipo, siendo centro del proceso de trabajo del equipo la relación entre sus agentes.

Palabras clave: Grupo de Atención al Paciente. Organización y Administración. Atención Hospitalaria. Relaciones Interprofesionales. Hospitales. Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Representação do Organograma da UCO, HC-UFTM, Uberaba - MG, 2014	52
Figura 2 -	Representação das situações, comportamentos e consequências, e suas respectivas categorias, obtidos junto aos profissionais da UCO, HC-UFTM, Uberaba - MG, 2014.....	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização dos profissionais de saúde (n=45) da Unidade Coronariana de um hospital público, segundo idade, sexo, categoria profissional, tempo de formação e de atuação.....	60
Tabela 2 -	Distribuição das categorias de Situações positivas e negativas, referentes ao trabalho em equipe de saúde, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais da Unidade Coronariana de um hospital público.....	62
Tabela 3 -	Distribuição das categorias de Comportamentos positivos e negativos, referentes ao trabalho em equipe de saúde, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais da Unidade Coronariana de um hospital público.....	66
Tabela 4 -	Distribuição das subcategorias de Comportamentos positivos e negativos, referentes a Relacionar-se com os demais agentes no trabalho em equipe de saúde, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais da Unidade Coronariana de um hospital público.....	68
Tabela 5 -	Distribuição das subcategorias de Comportamentos positivos e negativos, referentes a Desenvolver assistência ao paciente no trabalho em equipe de saúde, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais da Unidade Coronariana de um hospital público.....	70
Tabela 6 -	Distribuição das subcategorias de Comportamentos positivos e negativos, referentes a Gerenciar os agentes no trabalho em equipe de saúde, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais da Unidade Coronariana de um hospital público.....	72
Tabela 7 -	Distribuição das categorias de Consequências positivas e negativas, referentes ao trabalho em equipe de saúde, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais da Unidade Coronariana de um hospital público.....	74
Tabela 8 -	Distribuição das subcategorias de Consequências positivas e negativas, referentes ao profissional/equipe no trabalho em equipe de saúde, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais da Unidade Coronariana de um hospital público.....	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMTM	Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro
FUNEP	Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba
HC	Hospital de Clínicas
IC	Incidente Crítico
PET-Saúde	Programa de Educação Tutorial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Técnica do Incidente Crítico
UCO	Unidade Coronariana
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	18
2	REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1	Contextualizando a Temática - Interface entre modelos de atenção e de organização do trabalho	21
2.2	O trabalho em equipe e a atenção integral à saúde	28
3	JUSTIFICATIVA.....	41
4	OBJETIVOS.....	43
4.1	Objetivo geral.....	43
4.2	Objetivos específicos.....	43
5	REFERENCIAL TEÓRICO	44
5.1	Uma aproximação ao referencial de processo de trabalho em saúde.....	44
6	MATERIAL E MÉTODO	49
6.1	Tipo de estudo	49
6.2	Local de estudo	49
6.3	Cenário de investigação	50
6.4	Participantes do estudo	52
6.5	Procedimentos para coleta dos dados	53
6.6	Procedimentos para análise dos dados	56
6.7	Procedimentos éticos.....	58
7	RESULTADOS.....	59
7.1	Caracterização dos participantes do estudo	59
7.2	Identificação dos incidentes críticos	61
7.3	Identificação das situações	62
7.4	Identificação dos comportamentos	66
7.5	Identificação das consequências	74
8	DISCUSSÃO.....	80
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
	REFERÊNCIAS.....	104
	APÊNDICES.....	117
	APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista	117
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre – Esclarecido (Validadores)	118

APÊNDICE C - Quadros elaborados para análise dos dados - Recortes das entrevistas expressos com palavras do próprio participante.....	119
APÊNDICE D - Quadros específicos para identificação de situações, comportamentos e consequências, relatados por entrevistado	120
APÊNDICE E - Agrupamento das situações, comportamentos e consequências relatados por diferentes participantes, por similaridade de conteúdo	121
APÊNDICE F - Categorização das situações/ comportamentos/ consequências	122
APÊNDICE G - Ofício para solicitação de coleta de dados	123
APÊNDICE H - Termo de Consentimento Livre – Esclarecido (Profissional)	124
ANEXOS.....	126
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	126

1 APRESENTAÇÃO

A saúde pública exerceu influência em minha formação profissional desde a graduação, na qual estive envolvida em monitorias e projetos de pesquisa voltados para ações de educação e promoção à saúde, bem como de prevenção de doenças.

Tive a oportunidade de ingressar no mercado de trabalho logo após a conclusão da graduação, por meio da aprovação em concurso público junto à Prefeitura Municipal de Campinas-SP. Trabalhei em um Ambulatório de Especialidades e pude vivenciar a mudança no modelo gerencial implantado. Em um primeiro momento, o modelo era centralizador, verticalizado, com quase nenhuma participação dos trabalhadores nos processos decisórios. Posteriormente, o ambulatório passou por reorganização e experienciei um modelo gerencial mais participativo, organizado em colegiados, por unidades de produção, com maior envolvimento e implicação dos trabalhadores nos processos decisórios de planejamento e avaliação das ações. Observei que o modelo gerencial mais participativo e dialógico favorece maior comprometimento dos profissionais com o trabalho, tanto em sua organização quanto na assistência prestada aos pacientes.

No período em que estive em Campinas, fiz o curso de pós-graduação *lato sensu* em Saúde Pública, pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Isso possibilitou o aprofundamento do estudo a respeito de trabalho em saúde, modelos gerenciais, trabalho em equipe, dentre tantos outros temas. Foi interessante porque estudava no plano teórico e fazia uma relação com a prática, pois o processo de trabalho no Ambulatório de Especialidades estava sendo reconfigurado. Tal vivência conduzia a uma reflexão do fazer em saúde.

Apesar de gostar do trabalho desenvolvido no referido serviço, havia o desejo de me inserir na docência. A oportunidade de prestar o concurso para professora substituta no curso de Graduação em Enfermagem, da antiga Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (FMTM), atual Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), representou a possibilidade de atuar no ensino, pesquisa e extensão universitária.

A inserção na Pós-Graduação, nível mestrado, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), culminou com o desenvolvimento da dissertação intitulada “A implicação dos trabalhadores de ambulatórios municipais, em

Uberaba-MG, na reorganização de serviços preconizada pelo Sistema Único de Saúde”, com objetivo de compreender a implicação dos trabalhadores de saúde no seu trabalho e nas propostas de reorganização de serviços de saúde em Uberaba, considerando a gestão participativa preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Posteriormente, prestei concurso público, tendo sido aprovada para atuar como docente efetivo junto ao curso de Graduação em Enfermagem, da UFTM, como professora assistente.

Nesse curso, atualmente, sou responsável pela disciplina de Administração dos Serviços de Enfermagem em Saúde Coletiva e colaboradora nas disciplinas de Educação em Saúde; Pesquisa em Saúde; Práticas de Saúde e de Enfermagem I, Práticas de Saúde e de Enfermagem II, Gestão e Planejamento em Saúde (optativa) e Políticas de Saúde (ministrada para o curso de Educação Física).

Tive a possibilidade de atuar junto a projetos como o Pró-Saúde, Programa de Educação Tutorial (PET-Saúde) e Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde com proposta de reorganização de serviços de saúde no Estado de Minas Gerais, na qual fui tutora da microrregião de Araxá-MG.

Todas essas vivências que permearam o ensino, a pesquisa e a extensão universitária conduziram minha atuação nas áreas de Administração e Educação em Saúde, oportunizando aproximação importante com as temáticas de educação e humanização em saúde, organização de serviços na perspectiva da gerência, com vistas ao trabalho em equipe.

A questão do trabalho em equipe tem me inquietado e despertado interesse, pois acredito que é uma ferramenta fundamental para a transformação do cotidiano, contribuindo para a reorientação do modelo de atenção e exercendo influência direta na dinâmica do trabalho. Entendo-o como um dispositivo de mudança, cujos resultados podem ser positivos para os usuários, profissionais e instituições de saúde, entretanto, sua consolidação representa um desafio.

Embora existam inúmeras publicações científicas a respeito de trabalho em equipe, no cenário dos serviços de saúde, o trabalho cotidiano ainda é pautado em grupos de profissionais que não atuam como equipe. Tal percepção despertou o interesse em desenvolver a pesquisa para caracterizar os fatores que favorecem e dificultam a efetivação da modalidade de trabalho em equipe, no contexto da atenção hospitalar.

Respeitadas as diferenças entre os cenários de trabalho na atenção hospitalar e na saúde coletiva, entendo que, com muita dificuldade, os dois espaços, ao menos para os profissionais, apresentam muitas semelhanças, dentre elas, a necessidade do trabalho em equipe.

Assim, a partir de minha vivência profissional em saúde pública, tenho constatado que muitas pesquisas a respeito de trabalho em equipe são realizadas na atenção básica à saúde. No que se refere ao trabalho em equipe, na perspectiva de organização e dinâmica do trabalho no cenário hospitalar de alta densidade tecnológica, parece haver lacunas desta produção científica.

No Hospital de Clínicas (HC) da UFTM, na Unidade Coronariana (UCO), a própria composição, organização e estrutura, sendo setor fechado, constituem-se em interessante cenário para investigação acerca do trabalho em equipe. Diante disso, optei por desenvolver o estudo no setor, não na perspectiva da questão cardiológica, mas da possibilidade de aproximação a uma equipe que deve buscar desenvolver um trabalho seguindo uma lógica mais integrada.

Cabe destacar que não havia uma avaliação prévia acerca do trabalho em equipe na Unidade. Trata-se de local destinado ao atendimento de usuários acometidos com problema de saúde bastante prevalente no cenário do sistema de saúde, com funcionamento normatizado pelo Ministério da Saúde no tocante a recursos humanos, que acolheu a ideia do desenvolvimento da investigação como uma possibilidade de diagnóstico para aprimoramento do trabalho de equipe.

Entendo que os resultados deste estudo trazem contribuições acerca do trabalho em equipe em unidade hospitalar de alta densidade tecnológica, bem como favorece o desenvolvimento de pesquisas futuras no próprio cenário, além disso, os conhecimentos produzidos podem subsidiar serviços hospitalares em condições similares.

Esta tese será apresentada por meio da contextualização da temática, objetivos, referencial teórico, material e método, apresentação dos resultados, discussão, considerações finais, referências, apêndices e anexo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Contextualizando a Temática – Interface entre modelos de atenção e de organização do trabalho

As questões que envolvem a gestão em saúde estão cada vez mais presentes no trabalho de gestores, profissionais da área e pesquisadores. A complexidade crescente do processo de produção de cuidados requer a reestruturação dos modelos de gestão e das organizações para fornecer respostas aos desafios da demanda por atendimentos em saúde (MAGALHÃES; RIBOLDI; DALL'AGNOL, 2009).

Existe estreita relação entre o modelo de atenção à saúde, o modelo de organização dos serviços de saúde e o trabalho em equipe. A depender do modelo de atenção, a organização dos serviços se configura numa dada lógica que favorece ou não a prática do trabalho em equipe. Dessa forma, torna-se necessário entender o contexto da atenção à saúde desde o modelo de atenção vigente até a organização dos serviços de saúde e a maneira como os profissionais desenvolvem o trabalho cotidianamente, com vistas ao desenvolvimento do trabalho em equipe.

Os serviços de saúde representam espaços sociais, destinados à produção de ações de saúde que atendam às necessidades dos usuários, requerendo área física, equipamentos, materiais, recursos humanos, protocolos e diretrizes que norteiam o processo de trabalho de distintos profissionais para compor a atenção integral. Entretanto, tais processos de trabalho diferem não somente pelo aspecto técnico-científico, mas também pela diferente valorização social dos diversos profissionais envolvidos (PEDUZZI; CIAMPONE, 2012).

O trabalho em saúde é permeado pela trajetória das profissões que alcançaram uma definição de seu domínio de competências e atos próprios, que geram uma fronteira entre os indivíduos e as práticas (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009). Ao longo da história, o trabalho médico construiu um poder hegemônico, centrado na definição do diagnóstico e no estabelecimento da terapêutica, com ênfase biologicista que caracteriza o modelo clínico de atenção, determinando e desencadeando as ações de outros profissionais não médicos, da área da saúde.

A trajetória histórica possibilitou aos médicos assumirem um papel de liderança na equipe de saúde, em decorrência de diversos fatores culturais de gênero e poder, além da sua própria prática profissional (PINHO, 2006). Ainda hoje, em muitas situações e contextos, eles detêm o poder decisório, ficando os demais profissionais situados periféricamente e com valoração desigual (CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

Se o médico assumiu a liderança entre os profissionais de saúde, e o seu trabalho é pautado na lógica do modelo clínico de atenção, isto significa que a equipe de saúde pode ter desenhado suas ações de maneira a responder aos princípios biologicistas, tecnicistas e de forte valorização do saber médico enquanto determinante das ações no setor. A ênfase passa a ser a definição de diagnósticos e terapêutica com valorização do aspecto físico-biológico, buscando respostas coerentes com a perspectiva curativa e técnica em saúde.

O modelo clínico, mecanicista e focado na doença ainda é muito forte como base na formação dos profissionais da saúde. Privilegia-se a patologia, a fisiologia e a técnica, em detrimento da valorização do conhecimento do ser humano em sua totalidade e do contexto no qual se insere (GOMES; CAETANO; JORGE, 2010). O paradigma hegemônico em saúde funda-se na ótica individualista e pouco articulada ao contexto social, enfatizando o aspecto biológico, o que conduz a uma atuação fragmentada, com segmentação dos saberes e dos indivíduos (SOUZA; OLIVEIRA; CASTRO, 2011).

Assim, somada à trajetória histórica, a formação em saúde ainda reforça uma intervenção com ênfase ao aspecto biológico, valorizando a atuação dos profissionais à dimensão física, reforçando condutas centradas no paradigma biológico, ainda que se tenha teoricamente uma abordagem ampliada do conceito de saúde e iniciativas de formação profissional em outra perspectiva. A trajetória histórica e a formação ainda não favorecem a ampliação do olhar do profissional em saúde, uma vez que, na maioria das vezes, fortalecem a percepção guiada pela queixa-conduta, em um corpo alheio a uma dada realidade social.

Entretanto, o setor saúde requer mudanças na abordagem e no entendimento complexo a respeito do ser humano inserido em dado contexto histórico. Porém, tais mudanças são lentas, demandam tempo para se consolidarem e estão em curso. Cabe destacar que não se trata de desconsiderar a relevância e a pertinência da

abordagem da dimensão biológica, e sim de questionar a visão reduzida a essa abordagem.

A história contribuiu para que o modelo de atenção se configurasse como clínico. Somado a isto, estruturou-se o modelo de organização dos serviços, pautado na fragmentação e na justaposição de ações, preconizando ações parcelares dos profissionais de saúde, uma vez que cada um, na perspectiva da sua formação, atua de maneira fragmentada e pontual, respeitando os limites impostos por organogramas verticalizados e pouco, ou quase nada, flexíveis.

Enquanto o modelo clínico de atenção foi se consolidando, a organização do trabalho em saúde também foi se conformando, a partir das adaptações das construções teóricas de Taylor e Fayol que vieram a determinar o denominado movimento da gerência científica.

Na área da saúde, considerando-se em especial os hospitais, tanto a organização quanto o gerenciamento são ainda hoje influenciados pelas ideias de Taylor e Fayol (MATOS; PIRES, 2006). Assim, a organização do trabalho ancorada nas concepções de Taylor e Fayol, que conformam o método de organização do trabalho denominado de método funcional, exprime não somente um aspecto técnico da divisão do trabalho como eles pretendiam, mas também sua divisão social (GOULART; COELHO; CHAVES, 2014).

Organizações de saúde ainda se sustentam em sistemas de gestão tecnicista, pautada em componentes tayloristas, fayolistas e burocráticos, com ênfase na centralização e nas estruturas formais e verticalizadas. Nesses modelos gerenciais, o controle é priorizado e impede que o trabalhador tome decisões relativas ao próprio trabalho. No entanto, tais modelos não respondem mais às expectativas nos serviços de saúde (BERNARDES et al., 2011; MATOS; PIRES; RAMOS, 2010; PAIVA et al., 2010).

Pertinente destacar que os próprios autores utilizam os termos gestão e gerência de maneira bastante semelhante e com o mesmo foco.

Conforme exposto anteriormente, o cotidiano dos serviços de saúde é perpassado e segue a lógica do modelo clínico de atenção. Como modelo de organização de trabalho que responde e dá sustentação aos pressupostos do referido modelo, tem-se o método funcional. De um lado, a clínica pressupõe os aspectos biológicos como eixo central para a intervenção/assistência e supremacia do saber

médico. De outro lado, a organização dos serviços de saúde valoriza a divisão do trabalho, a hierarquização dos saberes e o cumprimento de tarefas.

Tal panorama contribui para que o trabalho ocorra de forma individualizada, pouco ou quase nada compartilhada, fazendo com que o profissional fique à margem da assistência em sua totalidade, uma vez que participa somente de etapas isoladas do atendimento em saúde. Diante disso, ele se distancia do resultado final do trabalho. O usuário é parte desse processo, mas não um partícipe ativo.

Esse contexto não viabiliza a realização do trabalho na modalidade de equipe, pois não pressupõe integração e compartilhamento entre saberes e ações por diferentes profissionais.

Porém:

O atual modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros (BRASIL, 2010).

Esse modelo não atende aos pressupostos da integralidade da atenção, pode comprometer a sustentabilidade do sistema de saúde e não promove o fortalecimento do trabalho em equipe como uma ferramenta para um fazer em saúde articulado e integrado, entre os distintos profissionais, distanciando-os e não cooperando para que os seus conhecimentos sejam complementares entre si. O trabalho isolado e dividido por categorias profissionais não contribui para o atendimento integral e equânime dos indivíduos.

É preciso repensar a lógica que guia o modelo de atenção e a organização do trabalho em saúde, com vistas à superação do modelo clínico e, conseqüentemente, do modelo de organização que não promove a articulação e integração entre os distintos profissionais de saúde.

Existem movimentos que apontam a necessidade de romper com a lógica decorrente das concepções dos modelos taylorista/fordista, nas quais se enfatizava que os profissionais deveriam dominar as técnicas parciais e isoladas. Espera-se do profissional uma concepção mais ampla, dinâmica, complementar e articulada, com ênfase na cooperação (PINHO, 2006), pois cada profissional, pertencente a distintas categorias, possui uma visão recortada do cuidado prestado ao paciente (ALVES; MELLO, 2006), responsabilizando-se por uma etapa do projeto terapêutico, o que

reforça a divisão e a hierarquização no trabalho e do conhecimento, implicando em divisão técnica e social do trabalho (CAMPOS, 1998; PIRES, 1998; RAMOS, 2009).

Para enfrentar tal realidade, é necessário contar com um modelo de atenção que considere como centro das ações o indivíduo, como ser complexo e social; bem como adote modelo organizacional que tenha base no trabalho coletivo efetivo, como norte para a reestruturação dos serviços de saúde, com decisões compartilhadas, vislumbrando o trabalho em equipe como algo a ser alcançado e implementado.

Nesse sentido, destaca-se que a clínica ampliada ou também conhecida como clínica do sujeito representa uma proposta para modificação do modelo de atenção, na perspectiva de superação do modelo tradicional hegemônico, tecnicista e biologicista. A ênfase passa a ser o sujeito e não a doença. Pressupõe trabalho em equipe como ferramenta para a efetivação da integralidade do cuidado, do agir comunicativo, de projetos terapêuticos ampliados e constituição de vínculo. O objeto da clínica ampliada passa a ser sujeito-contexto-doença (CAMPOS, 2007).

Dessa forma, a “Clínica Ampliada convida a uma ampliação do objeto de trabalho para que pessoas se responsabilizem por pessoas” (BRASIL, 2009, p. 17), demandando a utilização de arranjos e dispositivos de gestão que colaborem para uma comunicação transversal na equipe e entre distintas equipes, mas, sobretudo são necessárias técnicas relacionais que possibilitem o seu desenvolvimento. Tal clínica pressupõe escuta, vínculos e afetos, relações dialógicas, na tentativa de ampliar a percepção a respeito do objeto de trabalho.

E mais, “todos os profissionais de saúde podem e devem fazer a clínica ampliada, pois escutar, avaliar e se comprometer na busca do cuidado integral em saúde são responsabilidades de toda profissão da área de saúde” (BRASIL, 2010).

Os profissionais precisam se apropriar da clínica ampliada como diretriz para um novo fazer em saúde. Isto significa um convite ao resgate da essência no atendimento em saúde, pois o trabalho no setor exige conhecimentos técnico-científicos e competências humanas para se relacionar com o outro. O outro como profissional ou usuário, mas percebido como ser social que demanda ser ouvido, tocado e com direito à participação em processos decisórios, em ser atendido para além de suas necessidades biológicas.

A organização do trabalho implica uma nova dinâmica, que vai desde a construção de novas formas de relacionamento, passando pela gestão e pelo processo de trabalho, até as relações construídas entre os trabalhadores e entre eles

e os usuários dos serviços. Pode possibilitar visão ampliada do objeto de trabalho e caminha em sentido oposto ao que é preconizado pelo modelo taylorista-fordista (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

Na perspectiva do modelo de atenção da clínica ampliada, pressupõe-se a organização do trabalho em bases mais democráticas e participativas, com responsabilização dos envolvidos no processo de trabalho. Isto pode contribuir para o envolvimento dos profissionais com o próprio trabalho, uma vez que ajudarão a reconstruí-lo. Assim, sentir-se-ão integrantes do contexto e isto pode servir como ferramenta que possibilita interações profissionais mais horizontais, justas e respeitosas.

Para a reorientação do modelo de atenção, com vistas à implementação da clínica ampliada, faz-se necessário superar a estagnação do estilo gerencial adotado em muitas instituições de saúde, buscando um modelo de gestão que contribua para reorganizar o trabalho e dar conta das políticas e dos modelos de atenção para o setor saúde e sirva para requalificar o significado do cuidar e da vida no trabalho.

É necessário um modelo que pressuponha flexibilização do organograma e maior participação dos profissionais. Nesse sentido, modelos contemporâneos de gestão - modelos gerenciais participativos - defendem processos decisórios flexíveis e compartilhados entre componentes da equipe, com comunicação perpassando as distintas categorias profissionais. Isso promove a corresponsabilização e comprometimento dos profissionais com as decisões e ações a serem implementadas (HAYASHIDA et al., 2014).

Os processos de democratização ancoram-se nos princípios de cogestão (espaços de debate e negociação entre os diferentes atores) e gestão colegiada, o que possibilita a participação de todos os trabalhadores, nos processos decisórios, influenciando o seu trabalho ou serviço. Todos esses trabalhadores se encontram periodicamente para repensar o ambiente de trabalho e sugerir direções para a organização (BERNARDES et al., 2012).

Entretanto, no cotidiano dos serviços de saúde:

“Poucas instituições hospitalares têm se preocupado em investir em espaços de gestão compartilhada, fazendo a opção pelas normas e não pela construção de sujeitos autônomos” (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 858).

Isso vai em direção oposta à clínica ampliada, à gestão compartilhada e ao trabalho coletivo, na modalidade do trabalho em equipe, dificultando a organização do trabalho, as relações interprofissionais, as relações entre profissionais e usuários, e comprometendo, inclusive, a qualidade da assistência prestada, uma vez que não colabora para a construção da autonomia e da participação.

A gestão colegiada, vivenciada por colegiados de gestão, representa uma gestão inovadora que busca superar características advindas da teoria clássica da administração, como alta rigidez, baixa comunicação, quase ausência de processos democráticos, alienação dos profissionais e “[...] insensibilidade para com as necessidades dos usuários” (CECILIO, 2010, p. 558). A gestão colegiada favorece a comunicação, o compartilhamento do poder e os processos decisórios mais participativos (BERNARDES et al., 2011).

Os colegiados de gestão, forma de materializar a gestão colegiada, são necessários, mas insuficientes para produzir, sozinhos, modos de gestão mais compartilhados. São necessárias outras formas de coordenação e cogestão que propiciem a reconstrução das relações na equipe. Dentre elas, destacam-se os grupos de trabalho que visam a enfrentar problemas específicos, projetos terapêuticos coletivos e todos os arranjos que centralizem o foco da atenção no cuidado (CECILIO, 2010).

Torna-se pertinente e oportuno destacar que a gestão compartilhada pressupõe trabalho em equipe, pois requer uma articulação entre os distintos profissionais, bem como comunicação horizontal e relações construídas em bases democráticas e participativas. Possibilita aos profissionais um refazer em saúde, gerando espaço e oportunidades para que eles se posicionem, opinem, decidam, com vistas à integração deles com os demais trabalhadores e com o trabalho como um todo.

Os modelos de gestão que pressupõem a existência de colegiados e espaços de coparticipação conduzem e estimulam a inclusão dos trabalhadores, bem como ampliam sua valorização (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

Tais princípios podem ser considerados como pilares para uma proposta de trabalho coletivo em saúde, desenvolvido na modalidade de trabalho em equipe, alicerçando-se em relações horizontalizadas com diluição do poder e maior participação dos profissionais, nos processos decisórios.

O enfoque multidisciplinar em saúde preconiza a organização da dinâmica de trabalho e das relações fundamentada em bases coletivas sem ocasionar a perda da singularidade de espaços, saberes e profissões (CHAVES, 2012). A temática de trabalho coletivo, em equipe, suporta-se na lógica de integração de saberes e práticas, sem, contudo, perder a especificidade de cada profissão envolvida.

2.2 O trabalho em equipe e a atenção integral à saúde

Atualmente, o cotidiano dos serviços de saúde ainda é marcado pelo processo de trabalho fragmentado, no qual as ações ocorrem isoladamente ou até de forma conjunta, mas sem integração e articulação, seguindo o método funcional (KELL; SHIMIZU, 2010). Esta realidade não integra os profissionais e os seus saberes que realizam o trabalho isoladamente, duplicando ações, marcadas pela especialização sem o reconhecimento dos saberes dos demais profissionais, na perspectiva de complementaridade de ações da atenção à saúde, o que dificulta a implementação e a prática da integralidade.

Essa lógica, ainda hegemônica nos serviços, além de não responder suficientemente às expectativas e demandas, não potencializa a interação de profissionais de maneira a privilegiar o agir coletivo e horizontal, não estimula o trabalho coletivo e reforça a manutenção de práticas isoladas e descontextualizadas do todo, dificultando a implementação efetiva do trabalho em equipe.

Para superar esse panorama de fragmentação do trabalho, aposta-se no trabalho desenvolvido com base na troca e parceria, pois o fato de o trabalhador se reconhecer como integrante de uma equipe e participante dos processos decisórios é um fator disparador para mudanças, conduzindo a maior comprometimento e motivação no trabalho (CAMPOS, 1998).

É necessário que a lógica do trabalho em saúde seja repensada e que se considere o trabalho coletivo como um dispositivo para provocar mudanças nesta prática, com a desconstrução do processo de trabalho parcelar, configurando uma nova lógica no agir dos trabalhadores (CAMPOS, 1994; FRANCO; MERHY, 1999; PEDUZZI, 2001). É preciso que os profissionais reconheçam as limitações que sua prática isolada e individual gera, devendo ampliar os referenciais com os quais

trabalham para que caminhem em direção a uma prática integral para atender às demandas e expectativas dos usuários (KELL; SHIMIZU, 2010).

O trabalho em saúde lida com necessidades de saúde que contemplam as facetas social, psicológica, biológica e cultural. Não é possível que a resposta à totalidade dessas demandas, de diferentes origens, seja realizada por um único agente, exigindo-se uma intervenção para além da lógica técnico-científica da atuação parcelar e isolada de profissionais (CARVALHO et al., 2012; SCHRAIBER et al., 1999).

A lógica pautada nos saberes técnico-científicos e na assistência fragmentada não responde adequadamente às demandas em saúde, uma vez que o trabalho em saúde ocorre em momentos de interação entre indivíduos e isto pressupõe uma relação comunicativa com consideração de aspectos subjetivos no atendimento. Tal trabalho carece de complementaridade, integração de saberes e ações, bem como interdependência. Nesta perspectiva, o trabalho em equipe pode colaborar para isto, pois o agir coletivo viabiliza a complementaridade entre os distintos saberes.

Equipes multidisciplinares possibilitam mais conhecimento e experiência do que as tradicionais atuações isoladas (JESSUP, 2007), sendo que o trabalho em equipe se destaca como ferramenta para enfrentar o forte processo de especialização no setor saúde, uma vez que este processo valoriza o conhecimento aprofundado com intervenções em dimensões individualizadas das demandas de saúde, dificultando a articulação de ações e saberes (DAL PONTE, 2010). O trabalho em equipe contribui para o enfrentamento do intenso processo de especialização na área da saúde e, em particular, na instituição hospitalar, pois esse referido processo tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar, simultaneamente, a articulação/integração das ações e dos saberes.

Cabe destacar, entretanto, que aqui não se trata de desqualificar a especialização enquanto saber importante para resolver problemas específicos que requerem conhecimentos próprios e singulares. Porém, o que se questiona é a especialização enquanto uma prática instituída para sobrepor a lógica que visualiza o indivíduo como um todo inserido em dado contexto sócio-histórico-cultural. Talvez, seja preciso encontrar o ponto de equilíbrio, ou seja, dispor dos saberes advindos da especialização como complementares aos saberes que buscam implementar a lógica da integralidade.

A atenção integral não é alcançada com a presença e atuação de diversos profissionais trabalhando isoladamente e desenvolvendo ações justapostas, sem articulação e comunicação. Ela pressupõe o trabalho em equipe “que traduza outra forma de conectar as diferentes ações e os distintos profissionais, no coletivo de agentes presentes à prestação de serviços” (SCHRAIBER et al., 1999, p. 232-233), uma vez que as necessidades dos usuários, em geral, requerem um atendimento em equipe e que extrapole ações isoladas e de uma única especialidade (SILVA; SANTOS, 2012).

Ao superar o trabalho individual e fragmentado, o trabalho em equipe contribui para a concretização da integralidade, conduzindo à intersecção de diferentes saberes e percepções no que tange ao objeto de trabalho (QUEIROZ; PENNA, 2011). E o fato de a equipe ser composta de maneira multiprofissional não assegura que o trabalho seja coletivo, pois ela pode ter muita dificuldade em construir projetos assistenciais comuns e em usar protocolos compartilhados (UCHÔA et al., 2012).

Nessa perspectiva, o trabalho coletivo vai muito além de agregar diversos profissionais num dado estabelecimento de saúde, pois isso pode não resultar necessariamente em articulação das ações, diálogo e planejamento coletivo. Assim, trabalho em equipe vai muito além do agrupamento de profissionais diversos no mesmo local de trabalho (CARDOSO; HENNINGTON, 2011), requerendo colaboração e comunicação efetivas entre agentes, com troca de saberes e complementaridade de ações.

Cabe destacar que:

[...] cada profissional de saúde isoladamente não é capaz de dar a resposta adequada às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários do serviço. Podemos concluir que todos os profissionais têm ao menos alguma compreensão da complementaridade e interdependência que há entre os diversos processos de trabalho em saúde [...] (CARDOSO, 2010, p. 157).

Aponta-se a necessidade de recomposição dos trabalhos especializados, na busca pela implementação da assistência integral em saúde, tanto na dimensão de uma mesma área profissional quanto na multiprofissionalidade (SCHRAIBER et al., 1999). Assim, o trabalho em saúde precisa articular ações e saberes provenientes das diversas formações, precisa ser visto e compreendido numa ótica ampliada, sendo o resultado final dependente de vários e diversos trabalhos parciais. A atuação isolada das distintas categorias profissionais não possibilita uma intervenção integral (FARIA

et al., 2009; SOUZA; OLIVEIRA; CASTRO, 2011). E mais, a articulação entre as ações e os trabalhos influencia a qualidade da assistência prestada ao usuário, bem como sua eficácia (FARIA et al., 2009).

Ao ter como foco os hospitais, embora as tarefas sejam interdependentes, os profissionais que cuidam de um mesmo paciente podem interagir pouco entre si e, às vezes, nem se percebem como membros de uma equipe (WEINBERG et al., 2011). Tal situação pode ser reflexo da atuação isolada, fragmentada e pouco efetiva no que diz respeito a um olhar ampliado a respeito da saúde. Neste sentido, se os profissionais não se dão conta da importância de, mais que simplesmente comporem, e sim atuarem como equipe, então o trabalho coletivo, na modalidade de trabalho em equipe, revela-se frágil e não favorece a concretização da integralidade.

No cotidiano constata-se uma dupla realidade, de um lado, os trabalhadores apresentam uma tendência a continuar desenvolvendo o trabalho de maneira isolada e fragmentada, com foco na doença. De outro lado, os profissionais tentam seguir uma lógica, não muito bem definida, que tende a enxergar a situação sob uma ótica mais complexa, com vistas à percepção do ser humano como um todo. Esta segunda lógica busca ganhar espaço e atenção nos serviços de saúde (CARDOSO, 2010).

Embora seja uma expressão de uso comum na área da saúde, trabalho em equipe pode ser entendido em diferentes perspectivas e contextos. A consulta à literatura permite evidenciar que trabalho em equipe, equipe multiprofissional, interprofissional, interdisciplinar e multidisciplinar, muitas vezes, são usados como sinônimos mesmo que possuam conceituações distintas na visão de alguns autores e grupos.

Ainda não se tem definição única do conceito de trabalho em equipe, na saúde, mas os autores se esforçam para defini-lo. Constatam-se deficiência e escassez, na produção científica, de uma descrição clara e universal do que seja trabalho em equipe (ARAÚJO et al., 2012) e “[...] o conceito de ‘trabalho em equipe’ vem sendo construído e passa a ter diferentes significados entre aqueles que estão envolvidos no processo” (DAL PONTE, 2010, p. 170). Serão apresentadas algumas conceituações e colaborações com vistas a dar mais clareza e delimitação para o termo.

O trabalho em equipe pode ser vinculado à consecução de objetivos comuns. O trabalho em equipe é concebido como aquele que tem objetivo comum/único, e o seu alcance resulta da contribuição de cada componente da equipe, sendo fruto dos

esforços de cada profissional. Isto pode ser favorecido quando existe união entre os membros da equipe (KELL; SHIMIZU, 2010; SILVA; SANTOS, 2012).

Nesse sentido, estabelecer objetivos comuns e atingi-los de forma coletiva possibilita que as equipes se consolidem como tais, representando mais do que grupos de trabalho, ancorando-se em relações de confiança e respeito (ARAÚJO et al., 2012). Por outro lado, deficiência no respeito mútuo e no trabalho em equipe compromete a assistência segura ao usuário (WALKER et al., 2012).

Os objetivos comuns são apontados pelos autores como pressuposto importante para a efetivação do trabalho em equipe. Entretanto, Xyrichis e Lowton (2008) destacaram que há escassez na literatura no que se refere à exploração em profundidade de como os objetivos devem ser desenvolvidos e de que forma e por quem devem ser definidos. Porém, esclarecem que definição de metas e de objetivos claros pode influenciar o trabalho em equipe interprofissional (na atenção primária e comunitária), podendo contribuir para o sucesso e eficácia do trabalho em equipe.

Para Canoletti (2008) o termo equipe é utilizado de maneira banalizada, e a sua utilização requer cautela, pois este tipo de trabalho demanda cooperação, esforços coordenados e corresponsabilização entre os profissionais.

Relações confiáveis e respeitadas podem ajudar na construção do trabalho em equipe. Nesta perspectiva, a colaboração é apontada como um quesito importante para que a equipe alcance, de maneira coletiva, os objetivos definidos também coletivamente.

Interessante salientar que são utilizados os termos colaboração e cooperação, com base nos autores citados nesta tese, na perspectiva de ajuda mútua, esforços coordenados e troca entre os agentes, embora o termo colaboração tenha sido mais encontrado junto aos autores pesquisados.

A colaboração profissional favorece maior participação dos profissionais, na tomada de decisões clínicas e na integralidade do cuidado. Isto implica em planos terapêuticos negociados, colaborando para o aumento da autonomia da equipe diante dos problemas a serem superados (FURTADO, 2007). A colaboração entre os profissionais pressupõe avaliação conjunta dos usuários, e isto contribui para detecção precoce e adequada de problemas. O trabalho multidisciplinar, pautado na colaboração, contribui para o processo clínico do usuário como um todo (GORDO; ABELLA, 2014). Neste sentido, destaca-se que o trabalho em equipe multidisciplinar

favorece a gestão de casos de usuários e a percepção ampliada a respeito deles (MAGNANI et al., 2012).

Mas não basta que os profissionais tenham vontade de realizar o trabalho em equipe, pautado na colaboração interprofissional. Para que seja efetivo, requer um ambiente democrático e estruturas institucionais que favoreçam espaços intraequipes que possibilitem o desenvolvimento de práticas ancoradas na cooperação entre distintos saberes e ações (FURTADO, 2007).

Nessa perspectiva, é pertinente ressaltar que, de acordo com a revisão realizada por Xyrichis e Lowton (2008), a literatura explora aspectos que perpassam processos internos das equipes. Porém, pouco tem sido explorado e destacado no que diz respeito a como as organizações apoiam e promovem suas equipes.

O trabalho em equipe pressupõe, então, a definição e o alcance de objetivos de maneira coletiva, requerendo que os profissionais cooperem mutuamente e colaborem uns com os outros. Para que isso se implemente, o ambiente precisa possibilitar espaços para trocas entre os profissionais e entre seus saberes e práticas.

Na tentativa de definir conceitos a respeito de trabalho em equipe, outro aspecto defendido pelos autores como relevante para sua implementação diz respeito à maneira como os componentes se relacionam e se identificam com o trabalho.

O trabalho em equipe demanda linguagem comum com sintonia e consenso, compreensão e disponibilidade para o desenvolvimento do trabalho conjunto. Com isso, os integrantes se sentem envolvidos com a realização do trabalho e das ações, possuindo todos os componentes da equipe igual valor (KELL; SHIMIZU, 2010).

Nessa mesma perspectiva, autores citados a seguir constroem descrições para o trabalho em equipe, pautando-se na coparticipação, comunicação, colaboração, interação e necessidade de clareza quanto às atribuições dos profissionais.

O trabalho em equipe requer comunicação, pois para Deering, Johnston e Colacchio (2011) ela representa o processo que viabiliza a troca de informações entre os componentes da equipe. A comunicação entre todos os membros da equipe, incluindo pacientes e familiares, revela-se ferramenta importante para a coordenação de cuidados, colaborando para superar a fragmentação da assistência (BROWN; NELSON, 2014). Da mesma forma que a colaboração interprofissional contribui para uma percepção ampliada do usuário (GORDO; ABELLA, 2014), a comunicação e o compartilhamento de informações e observações entre os membros da equipe também favorecem uma percepção mais global do usuário (DEERING; JOHNSTON;

COLACCHIO, 2011). A colaboração entre integrantes da equipe é uma das características da assistência interdisciplinar (JACOB et al., 2013).

Assim, para a prática do trabalho em equipe multidisciplinar é imprescindível que exista coparticipação, comunicação, interação e clareza quanto à identificação das atribuições que competem a cada componente (SILVA; SANTOS, 2012).

A interação ou comunicação entre os componentes da equipe vão além de correlações entre diversas ações. Devem viabilizar negociação e consenso com relação aos objetivos e resultados a serem atingidos pelo conjunto de profissionais. Pressupõem uma percepção mais ampla, pois “a interação dos agentes permite a construção de um ‘projeto assistencial comum’ à equipe de trabalho – onde e como chegar no que se refere às necessidades de saúde dos usuários” (SCHRAIBER et al., 1999, p. 233). Definição de metas e objetivos claros são fatores que podem contribuir para o sucesso e eficácia do trabalho em equipe (XYRICHIS; LOWTON, 2008).

Com base nos aportes dos autores apresentados aqui, verifica-se que o trabalho em equipe requer elaboração e alcance de objetivos comuns pelos componentes, demandando também que eles se disponibilizem para a prática do trabalho coletivo, buscando construir relações pautadas no espírito de cooperação, colaboração, diálogo e sintonia entre os diferentes profissionais.

Nesta tese, com base nas pesquisas identificadas, concebe-se o conceito de trabalho em equipe como estratégia e ferramenta de organização do trabalho em saúde na perspectiva do trabalho efetivamente articulado, com corresponsabilização dos profissionais, de diferentes áreas, na construção e realização coletiva de objetivos comuns. O trabalho em equipe deve se fundamentar em relações que possibilitem colaboração e comunicação para além da dimensão pessoal, com vistas ao auxílio mútuo no desenvolvimento do trabalho, amparando-se em relações dialógicas e horizontalizadas.

Diante do que os autores propõem para a definição de trabalho em equipe, salientam-se as contribuições de Peduzzi (2001) quanto à proposta de conceito e tipologia ancorada na literatura e em pesquisa empírica a respeito de trabalho multiprofissional em saúde, definindo equipes de integração e agrupamento. Considera que o trabalho em equipe representa uma modalidade de trabalho coletivo construído pela articulação entre as intervenções técnicas e as interações entre os agentes.

Para a autora supracitada, o trabalho em equipe não defende o apagamento das especificidades dos trabalhos, uma vez que as diferenças técnicas podem contribuir para a melhoria da assistência por meio da complementaridade e de um olhar mais complexo a respeito de um objeto de trabalho. Assim, as especificidades dos trabalhos especializados se fazem presentes nos dois tipos de equipe – agrupamento e integração.

Entretanto, torna-se pertinente salientar que, no trabalho em equipe, as especificidades de cada formação não podem representar barreiras nem tampouco atuar como limites intransponíveis para ações conjuntas. Mas precisam ser consideradas como possibilidades de somar conhecimentos singulares na tentativa de se construir uma percepção mais aguçada e ampla em torno do objeto de trabalho.

De acordo com a definição proposta por Peduzzi (2001), a equipe integração caracteriza-se por ter integração dos trabalhos; articulação das ações e interação entre os agentes; comunicação intrínseca ao trabalho, revelando a existência do agir comunicativo; projeto assistencial comum construído dialogicamente, refletindo a integração da equipe; maior flexibilidade da divisão do trabalho; e complementaridade na prática da autonomia técnica.

Diante do exposto pela autora, na equipe integração tanto profissionais quanto saberes e práticas se integram e articulam. Existem projetos compartilhados elaborados coletivamente e viabilizados por comunicação eficiente e adequada. Esta modalidade de equipe possibilita maior horizontalidade nas relações, gerando divisão de trabalho mais flexível. Pode representar uma possibilidade para aproximar os profissionais e contribuir para que eles estabeleçam relações dialógicas e atuações mais participativas.

Dois aspectos cruciais para equipe integração são abordados por Peduzzi e Ciamponi (2012). A articulação das ações contribui para a interface entre os distintos saberes utilizados pelos diferentes profissionais, em uma mesma situação de trabalho. Já a interação entre os agentes representa uma prática comunicativa, colocando-se em evidência a necessidade de reconhecimento e entendimento mútuos quanto aos planos de ação.

Isso significa que, na referida equipe, a articulação entre diferentes saberes e práticas e a interação entre os profissionais colaboram efetivamente para um cotidiano perpassado pela lógica da complementaridade dos saberes e da atuação coletiva,

possibilitando que o profissional se reconheça no trabalho desenvolvido e nos projetos construídos.

Uma questão que ajuda a equipe a trabalhar na perspectiva da integração é ter o usuário como foco do trabalho, pois isto facilita a superação da hegemonia de áreas na equipe multiprofissional, conduzindo à integração dos trabalhos, cooperação, colaboração e compartilhamento de ações e saberes. A lógica da integração pressupõe reorganização do processo de trabalho com vistas ao cuidado integral (DAL PONTE, 2010).

Para que ocorra articulação das ações ou dos trabalhos, é preciso que cada profissional conheça um pouco do trabalho do outro e identifique a necessidade e importância dele para a construção da atenção integral à saúde (SCHRAIBER et al., 1999).

Para a construção da equipe como integração é importante assinalar a necessidade das equipes visarem à possibilidade da recomposição dos saberes, da totalidade, interdependência, embora seja sabido que essa totalidade, muitas vezes, não existe, nem a uniformidade de ideias, ou seja, a equipe perfeita não existe (DAL PONTE, 2010, p. 149).

Diante do exposto, constata-se esforço dos autores referidos acima para trazerem à tona aspectos que podem viabilizar um efetivo trabalho em equipe, na modalidade de integração, possibilitando maior proximidade e interação entre os diferentes profissionais com vistas a ampliar as oportunidades de articular saberes, fazeres e ações.

Para que a equipe integração se fortaleça, são necessários desde reorganização do processo de trabalho, superando modelos fragmentados, conhecimento das atribuições de cada componente da equipe, entendendo que os saberes precisam ser complementares e não excludentes; foco no usuário como potente elemento para desconstruir hegemonias cristalizadas em torno de determinadas categorias profissionais; até divisão de trabalho mais flexível, com possibilidades de construção de relações dialógicas e agir comunicativo.

Já a equipe agrupamento refere-se ao agrupamento de agentes e sustenta-se na fragmentação, na justaposição das ações; sendo a comunicação externa ao trabalho e estritamente pessoal, não havendo agir comunicativo; tem ênfase na especificidade dos trabalhos e autonomia técnica plena dos agentes (PEDUZZI, 2001). Nesta modalidade de equipe, os trabalhos especializados são justapostos, não

se verifica articulação entre as ações, nem tampouco interação dos agentes (KELL; SHIMIZU, 2010).

Com base nos autores supracitados, infere-se que tal modalidade de equipe não contribui para a reorganização do trabalho em saúde com vistas à integralidade da atenção, pois reforça o distanciamento entre os profissionais, a fragmentação das ações e a não articulação entre os saberes. Dessa forma, não exige que o trabalho se paute em projetos ampliados e coletivos, nem tampouco se fundamente em relações horizontalizadas e dialógicas. A equipe agrupamento não favorece práticas mais solidárias, integrais e humanizadas.

Peduzzi (2001) destacou que, na modalidade de equipe agrupamento, a comunicação limita-se ao caráter pessoal. Isto quer dizer que as pessoas se utilizam dela para interagir no âmbito pessoal, mas não a usam como ferramenta potente para o trabalho, uma vez que, quando bem utilizada, contribui para romper barreiras, superar adversidades e diminuir diferenças. Entretanto, a equipe agrupamento conta com a comunicação como instrumento para relações estabelecidas entre profissionais na dimensão pessoal.

A autora salienta, ainda, que os trabalhos especializados ganham ênfase e se sobrepõem aos demais, não havendo complementaridade de saberes e ações. Não se constata trabalho conjunto e coletivo, e nem atuações compartilhadas. Cada profissional desenvolve seu trabalho de maneira individualizada, isolada, não havendo preocupação em agregar distintas percepções na tentativa de se construir olhar ampliado sobre o objeto de trabalho.

Diante do exposto, conclui-se que a equipe agrupamento é bastante frequente nos serviços de saúde, ancorando-se no fazer fragmentado em saúde, ainda hegemônico no cotidiano, e na formação que privilegia ações isoladas e parcelares. Contribui para reprodução de um cuidado parcelar e focado na divisão de trabalho mais rígida, na qual cada profissional limita-se ao que é específico da sua formação. Isto vai em direção oposta ao que é preconizado pela integralidade da atenção, que prevê uma efetiva e real articulação entre os conhecimentos diversos, percepções distintas e intervenções profissionais.

Apesar de se constatar que a equipe agrupamento representa tendência na realidade dos estabelecimentos de saúde, o fato de respeitar as fronteiras entre os distintos saberes, valorizar as diferentes profissões e entender o trabalho em equipe como uma possibilidade de se somarem esforços na busca de um objetivo comum

pode conduzir a uma aproximação da equipe à modalidade de integração (UCHÔA et al., 2012).

Isso significa que, apesar de prevalecer, no cotidiano, a cristalização da equipe agrupamento, existem movimentos tentando transformar a realidade com vistas à integração efetiva entre os componentes da equipe.

Para superar a prática pautada na equipe agrupamento e fortalecer a modalidade da equipe integração, são necessárias características pessoais e profissionais, bem como condições propícias das organizações para transformar a prática na assistência à saúde.

Nem sempre isso se faz presente no cotidiano dos serviços de saúde, especialmente no hospital, pois os profissionais, muitas vezes, seguem a formação que privilegia a fragmentação das ações e a atuação isolada e parcelar. Somado a isso e servindo como um reforço, encontram-se organizações de saúde pouco preparadas para conceber lógicas mais integrais, dialógicas e participativas no trabalho em saúde.

O que se constata, grande parte das vezes, é que a implementação do trabalho em equipe depende da percepção e postura de cada profissional, no sentido de estar sensível e aberto para essa proposta. Entretanto, é pertinente salientar que a melhoria do trabalho em equipe e da comunicação exige mudança cultural e para que isto ocorra é de suma importância que haja o compromisso institucional (DEERING; JOHNSTON; COLACCHIO, 2011).

Diante disso, um desafio a ser superado diz respeito ao tímido incentivo da gestão para a prática profissional do trabalho em equipe (UCHÔA et al., 2012).

Constatou-se em estudo realizado junto a equipes de enfermagem que o trabalho em equipe apresenta outros pontos negativos, dentre eles, a alta demanda de usuários, uma vez que a referida modalidade de trabalho pode gerar um maior número de pacientes por profissional; e a necessidade de desenvolvimento de habilidades e competências por todos os componentes para a sua realização (CIOFFI; FERGUSON, 2009).

A falta de preparo dos profissionais pode comprometer a realização do trabalho em equipe, pois se um dos componentes da equipe não fizer o que lhe compete adequadamente, o trabalho em equipe pode ficar prejudicado, uma vez que o trabalho de um profissional influencia o dos demais (CIOFFI; FERGUSON, 2009).

Não basta que os profissionais tenham boa vontade e disposição para o trabalho em equipe, ele requer que a gerência entenda e estimule a sua prática, repensando, inclusive, como operacionalizar um provável aumento da demanda de usuários por profissional. De maneira conjunta, gerência-profissional, e considerando-se o contexto e a realidade, é possível que se estudem estratégias para superar tais dificuldades.

Os profissionais não chegam para realizar o trabalho em equipe totalmente preparados, prontos, pois muitos além de não terem esta experiência ainda foram formados num paradigma biomédico e em uma perspectiva de organização do trabalho seguindo os pressupostos do método funcional. Diante deste desafio, cabe ao serviço viabilizar rodas de discussão e programas de educação em serviço para dar subsídios para um adequado desenvolvimento do trabalho em equipe.

Com base no que a literatura traz a respeito de trabalho em equipe, constata-se que é uma modalidade potente e que pode propiciar uma transformação do modo de se trabalhar em saúde, contribuindo sobremaneira para reconstrução das práticas.

Constata-se, por meio da literatura científica e da observação do cotidiano, uma proximidade maior da prática do trabalho em equipe na atenção básica à saúde, inclusive existe um investimento em pesquisas nesse setor, um pouco maior do que na área hospitalar.

A atenção básica, considerando-se especificamente, a Estratégia Saúde da Família (ESF), prevê que o trabalho seja realizado em equipe e que ela preste assistência a uma população adscrita. Ou seja, um número determinado de profissionais deve prestar atendimento, de maneira integrada, a uma comunidade. Isso pode favorecer a prática do trabalho em equipe ou, pelo menos, atuar como impulsor para essa mudança.

Ao considerar a perspectiva das redes de atenção à saúde (RAS) e a inserção dos hospitais como um de seus componentes, torna-se pertinente repensar a lógica de organização do trabalho nesse cenário com vistas ao trabalho em equipe.

As RASs estão em desenvolvimento na perspectiva de superar fragilidades e articular serviços e ações de saúde (BRASIL, 2010; MENDES, 2008). Para superar a fragmentação das ações e dos serviços de atenção à saúde e melhorar a qualificação da gestão do cuidado, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, normatizando a Portaria 4279/2010. Ela defende que a RAS representa potente estratégia para se transpor a fragmentação

sistêmica, revelando-se mais eficaz para o enfrentamento dos desafios atuais (BRASIL, 2010).

As RASs são organizações poliárquicas compostas por um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde, articulados, integrados, interdependentes e cooperativos, com vistas à assistência contínua e integral à determinada população. Os níveis de atenção se organizam conforme as densidades tecnológicas, englobando a atenção primária à saúde (menor densidade tecnológica), atenção secundária à saúde (densidade tecnológica intermediária) e atenção terciária à saúde (maior densidade tecnológica), tendo todos igual importância (BRASIL, 2010; MENDES, 2008; 2010; 2011). Valoriza a integralidade do cuidado, a necessidade do cuidado multiprofissional e a construção de relações horizontalizadas entre os distintos pontos de atenção (BRASIL, 2010).

Como um dos componentes da RAS, os hospitais passam a apresentar funções distintas daquelas de um hospital dentro de um sistema fragmentado, uma vez que as RASs se fundamentam na poliarquia e não na base hospitalocêntrica dos sistemas fragmentados. Assim, os hospitais devem se inserir, nas RASs, de maneira sistemática e integrada “como organizações que contêm pontos de atenção de diferentes redes temáticas de atenção à saúde”, articulando-se com outros pontos de atenção à saúde e com os sistemas de apoio (MENDES, 2011, p. 108).

Entretanto, na realidade dos serviços de saúde, prevalece visão parcelar e segmentada a respeito do usuário, ênfase na patologia, relação empobrecida entre profissionais e usuários e entre os próprios componentes da equipe profissional (AYRES, 2009).

Para responder adequadamente às demandas de saúde dos indivíduos é crucial que os hospitais avancem no sentido de estratégia de trabalho, pois equipar o hospital com alta densidade tecnológica e contratar profissionais de várias categorias e especialidades não é suficiente para ofertar assistência coerente com as complexas necessidades, principalmente, tendo-se como foco o trabalho em equipe multiprofissional.

Entende-se que o modelo clínico, o modelo de organização do trabalho/modelo de gerência e o trabalho em equipe multiprofissional, particularmente no cenário hospitalar, requerem uma aproximação ao referencial teórico de processo de trabalho em saúde, na tentativa de dar subsídios para o entendimento de como o trabalho se realiza no setor.

3 JUSTIFICATIVA

O sistema de saúde, entendido como uma rede de atenção, propõe a articulação entre os diferentes serviços. O atendimento hospitalar representa possibilidade para responder às demandas que não podem ser resolvidas na atenção primária à saúde e nem em nível de outros serviços especializados.

Em revisão integrativa realizada com objetivo de compreender o trabalho em equipe na atenção hospitalar, com vistas a identificar as evidências científicas produzidas bem como as lacunas do conhecimento a respeito do tema, no período de 2002 a 2012, constatou-se que o cotidiano ainda é marcado pela fragmentação do processo de trabalho, mas por outro lado existem iniciativas de reorientação do trabalho com vistas à implementação de formas inovadoras como o trabalho em equipe (GOULART; COELHO; CHAVES, 2014).

O hospital conta com unidades específicas para determinados atendimentos a pacientes. Dentre elas, destaca-se a UCO que se caracteriza por ser um setor fechado que conta com alta densidade tecnológica para atendimento a pacientes com síndrome coronariana aguda, requerendo, para isso, articulação e/ou integração de diversas categorias profissionais, para que o trabalho aconteça na perspectiva integral e eficaz.

O setor fechado pode, por um lado, ser um facilitador para interação entre os distintos profissionais, uma vez que possibilita maior proximidade física entre eles. Por outro lado, isso pode representar um fator limitante, pois o contato próximo e contínuo entre os diferentes profissionais com formações distintas e características pessoais e profissionais singulares pode ser fonte de estresse e não promover interação com vistas à realização de trabalho articulado/integrado.

Somado a isso, a importância da organização do trabalho em espaços hospitalares, com características de alta densidade tecnológica, como cenários que pertencem a uma rede de serviços e que devem responder ao atendimento à população referida, a necessidade do enfoque multiprofissional no atendimento à saúde, a crescente demanda por serviços regulados e estruturados e a magnitude dos agravos cardiovasculares à saúde para a sociedade são elementos que nos justificam a investigar o trabalho em equipe de saúde na UCO, particularizando a compreensão de aspectos que dificultam e facilitam esse trabalho.

Diante do exposto, acredita-se que o trabalho em equipe representa uma ferramenta com potencial para favorecer a prática de trabalho integrado/articulado no dia a dia dos estabelecimentos de saúde, especialmente em unidades de alta densidade tecnológica, e responder, de maneira mais coerente, às demandas reais de saúde dos usuários na perspectiva de superação da prática cotidiana pautada na lógica segmentada e biológica, dividida por procedimentos e tarefas voltados para doenças e não para sujeitos.

Torna-se fundamental articular as ações realizadas no interior da instituição hospitalar, de modo que ocorra a integração do trabalho dos diversos profissionais de uma mesma área e também entre equipes de trabalhadores de diferentes áreas.

Nesse sentido, alguns questionamentos têm emergido: Quais são os aspectos facilitadores do trabalho em equipe de saúde na UCO? Quais são os aspectos dificultadores do trabalho em equipe de saúde na UCO?

A partir dessas indagações, realizou-se esta pesquisa cujos resultados contribuem para o diagnóstico situacional do trabalho em saúde com vistas ao trabalho em equipe, na perspectiva de realizar mudanças e adequações que possam favorecer a assistência integral e gerência nestes serviços, oferecendo ferramentas aos profissionais que atuam em hospitais para lidar melhor com os desafios encontrados no dia a dia, além de produzir conhecimentos que forneçam subsídios ao processo de formação de futuros profissionais e ao desenvolvimento de futuras investigações.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Analisar o trabalho em equipe, desenvolvido em unidade hospitalar de alta densidade tecnológica, segundo a perspectiva da equipe de saúde.

4.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar a equipe de saúde, segundo dados sociodemográficos e profissionais;
- b) identificar junto à equipe de saúde, aspectos facilitadores e dificultadores, para o trabalho em equipe.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Uma aproximação ao referencial de processo de trabalho em saúde

Como referencial teórico para esta tese, foram utilizados conceitos do processo de trabalho em saúde, na perspectiva de Gonçalves (1992). Entende-se que esse autor traz uma abordagem mais complexa e ampla que a empregada neste estudo. Contudo, empregaram-se elementos fundamentais para ancorar e analisar os resultados referentes à dinâmica do trabalho em equipe multiprofissional de saúde.

Trabalho é o conjunto de procedimentos, utilizando-se meios de produção, pelos quais o homem atua sobre determinado objeto e o transforma em um dado produto (FARIA et al., 2009). Destaca-se que o trabalho em saúde não produz bens estocáveis ou comercializáveis, pois os serviços produzidos consomem-se no próprio ato da produção, ou seja, no momento assistencial. Lida com um objeto humano, que é o usuário, que leva até os serviços de saúde demandas traduzidas em necessidades ou problemas de saúde (FELLI; PEDUZZI, 2012).

O processo de trabalho é o modo como o trabalho é realizado (FARIA et al., 2009), transformando um objeto em um resultado/produto, com aplicação de energia e intenção, correspondendo à satisfação de um carecimento (GONÇALVES, 1992). Mas “o processo de trabalho não é apenas dispêndio mecânico de forças: é a forma mais especialmente humana de socialidade, de gênese histórica” (GONÇALVES, 1994, p. 268).

Tal processo é regido pela finalidade e tem como objetivo elaborar um produto específico, sendo objeto ou condição, coerente com as expectativas ou necessidades humanas (FARIA et al., 2009; GONÇALVES, 1992). Gonçalves (1979) indica que os componentes do processo de trabalho são o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes, sendo que requerem análise integrada, pois, por meio da relação recíproca, configuram um determinado processo de trabalho.

Cabe destacar a opção pela aproximação às ideias desse autor como uma referência clássica à abordagem da temática de processo de trabalho, bem como pela forma didática de apresentação dos componentes, situação essa que favorece a compreensão de assunto tão complexo e pertinente à temática.

O objeto de trabalho não é um objeto natural, requer ser delimitado, sendo esta delimitação decorrente do olhar que se tem a respeito dele (GONÇALVES, 1992; 1994), incidindo sobre ele a ação do trabalhador (GONÇALVES, 1979). No processo de trabalho, em distintos setores, o objeto que será transformado pode ser desde materiais até estados ou situações sociais (FARIA et al., 2009). No caso da saúde, o objeto diz respeito às necessidades humanas em saúde (GONÇALVES, 1979), configurando-se no cuidado, que é o que será transformado, por meio da intenção e do consumo de energia. O objeto de trabalho pode ser transformado com vistas à promoção ou à prevenção/recuperação da saúde (FELLI; PEDUZZI, 2012), pertencendo às distintas dimensões da assistência.

O objeto de trabalho, na saúde, configura-se no ser humano que possui necessidades de saúde, sendo transformado por meio das relações entre os profissionais e os usuários dos serviços.

A finalidade diz respeito à intencionalidade do processo de trabalho, ou seja, reflete o projeto mental, elaborado previamente pelo trabalhador, do produto a ser atingido. Assim, conduz à transformação do objeto no produto a ser alcançado (GONÇALVES, 1979). A finalidade ou objetivo do processo de trabalho guia todo o processo de trabalho e representa o que se quer alcançar, ou seja, é a delimitação dos resultados a serem atingidos com o processo, no intuito de se responder às necessidades e demandas dos indivíduos (FARIA et al., 2009).

No setor saúde, a finalidade deve estar em consonância com o contexto histórico-social e com as expectativas das pessoas, no caso, dos usuários. Deve guiar o processo de trabalho direcionando as ações para que o objetivo, delimitado previamente, seja atingido.

Os instrumentos de trabalho contemplam instrumentos materiais e os não materiais. Os primeiros incluem, por exemplo, equipamentos e medicamentos, entre outros. Os segundos configuram-se em saberes que caracterizam o aspecto intelectual do processo (GONÇALVES, 1979), englobando também os aspectos relacionais/subjetivos. Dessa forma, os instrumentos de trabalho incluem desde equipamentos palpáveis, conhecimentos e habilidades até as próprias estruturas sociais (FARIA et al., 2009). Diante disso, entende-se que estes instrumentos contam com o que se tem disponível em material concreto, saberes sistematizados ou não e relações construídas entre as pessoas. Isto se configura no que Merhy (2009) denomina de tecnologia dura, leve-dura e leve.

Diante disso, torna-se essencial fazer um arranjo utilizando-se tais tecnologias (MERHY, 2009), de maneira que se disponha da fusão desses instrumentos no trabalho em saúde, com vistas à melhor compreensão dos fenômenos e à leitura coerente da realidade vivenciada, com a proposição de respostas factíveis e viáveis aos problemas encontrados.

Ressalta-se que não bastam equipamentos sofisticados, quantidade e qualidade adequadas. É preciso mais que isso, saberes aplicáveis ao cenário e à situação são necessários, demandando, também, relações construídas no espaço assistencial.

Os agentes do processo de trabalho, os trabalhadores, determinam a finalidade na relação estabelecida entre objeto e instrumentos de trabalho, sendo que é o agente quem viabiliza a realização de tal processo. Ele pode ser reconhecido como instrumento de trabalho e também como sujeito da ação, uma vez que traz para o processo o projeto mental, a finalidade e outros projetos de aspecto coletivo e individual (PEDUZZI, 1998). Os indivíduos, que são os agentes no processo de trabalho, são os responsáveis pela transformação de objetos ou situações na busca por se alcançar a finalidade estabelecida. Os processos de trabalho podem ser, raramente, desenvolvidos por apenas uma pessoa, mas, em geral, nos processos de trabalho encontram-se atividades coletivas, decorrentes de várias pessoas, sendo isto conhecido como trabalho de grupo ou de equipe (FARIA et al., 2009).

Diante do exposto, constata-se que o processo de trabalho em saúde demanda a clareza daquilo que se espera alcançar e isto requer que o agente de saúde, no caso, os profissionais, exerça ações sobre determinado objeto por meio de instrumentos de trabalho, com vistas a atingir o resultado esperado. Isto significa que o processo de trabalho pressupõe a articulação entre os distintos componentes e o trabalho do agente, ou seja, o trabalho humano é responsável por guiar e nortear tal processo.

Nesse sentido, entendem-se as ações gerenciais que podem viabilizar o trabalho em equipe como ações e práticas sociais. A gerência “[...] configura-se como ferramenta do processo de cuidar e pode ser apreendida como um processo de trabalho específico e decomposta em seus elementos constituintes” (FELLI; PEDUZZI, 2012, p. 9). A gerência é um elemento fundamental para o gerenciamento do cuidado e pode contribuir efetivamente para que o trabalho em equipe se concretize enquanto modo de organização do trabalho.

Ao considerar a organização do trabalho em equipe para produzir cuidado, constata-se que os componentes do processo de trabalho se configuram da seguinte forma: objeto são os recursos humanos e a organização do trabalho; a finalidade é a produção qualificada do cuidado integral (FELLI; PEDUZZI, 2012); os instrumentos são as tecnologias leve, dura e leve-dura; e os agentes são os profissionais de saúde.

Os componentes do processo de trabalho articulados e estabelecendo relações entre si permitem a concretização do processo de trabalho. A transformação que ocorre do objeto em determinado resultado não tem caráter espontâneo e isto já contribui para a configuração do trabalho enquanto um processo, pois contempla um processo de elaboração mental prévia, possibilitando ao homem dividir as ações entre pensar e executar (GONÇALVES, 1992).

Por outro lado, tal processo pode ser subdividido em distintas etapas que vão desde o planejamento do trabalho até sua execução. Esta ideia reforça e alimenta a divisão do trabalho em saúde, o que não contribui efetivamente para que se articulem as ações com vistas ao trabalho em equipe, pois o fazer fica compartimentalizado.

No setor saúde, a divisão do trabalho está sendo vivenciada na prática e é guiada pelo trabalho médico, como já abordado anteriormente. Dessa forma, ocorre a divisão interna do trabalho médico, configurando as distintas especialidades médicas e, também, dividindo ações entre outros agentes da saúde (GONÇALVES, 1992).

Torna-se oportuno destacar que esta divisão do processo de trabalho resulta do desenvolvimento científico-tecnológico e é também reflexo da dinâmica social das práticas de saúde, conduzindo subdivisões dos trabalhos (PEDUZZI; CIAMPONE, 2012).

Nesse sentido;

“[...] o processo de divisão técnica e social do trabalho configura relações de desigualdade entre os trabalhadores, isto é, relações hierárquicas, em que alguns são ‘superiores’ e outros ‘inferiores’” (FELLI; PEDUZZI, 2012, p. 3).

Tal divisão pode gerar um distanciamento entre os trabalhos desenvolvidos pelos distintos agentes e, conseqüentemente, não favorece a organização do trabalho pautada na integração das ações e da assistência integral em saúde. Pode favorecer a perda da visão do trabalho como um todo, pois ele se fragmenta em partes específicas, e o profissional fica à margem do todo, fixando-se em determinadas etapas do processo de trabalho.

Essa divisão também contribui para se atribuir maior valor a determinadas etapas do processo, valorizando saberes vinculados à dimensão técnica em detrimento daqueles atrelados ao aspecto subjetivo/relacional/social/histórico. Há de se tentar atingir um equilíbrio entre estas dimensões.

Na perspectiva da integralidade, o processo de trabalho exige a consideração da dimensão intersubjetiva e uma adequada articulação entre conhecimentos, profissionais, atividades e setores de atividades e melhor interação entre profissionais e usuários (AYRES et al., 2012). Dessa forma, deve-se configurar como uma ponte para integrar pessoas com diferentes conhecimentos, percepções e olhares, contando com ferramentas materiais e imateriais, na tentativa de compor respostas adequadas aos problemas vivenciados.

6 MATERIAL E MÉTODO

6.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, utilizando dados qualitativos e quantitativos. Cabe destacar que este tipo de estudo apresenta um diagnóstico de uma situação pouco estudada e se justifica uma vez que um grande número dos estudos acerca de trabalho em equipe foca a atenção básica, no entanto, a atenção hospitalar, de alta densidade tecnológica, vem ganhando destaque nos sistemas de saúde, representando um importante cenário de inserção da equipe multiprofissional e tem sido pouco investigada nessa perspectiva.

Para Polit, Beck e Hungler (2011), a pesquisa descritiva tem como finalidade observar, descrever e documentar os aspectos de uma dada situação.

A pesquisa descritiva é disparada com base em algum fenômeno de interesse, o que gera uma inquietação no pesquisador. Diante disso, tal pesquisa investiga a natureza complexa do fenômeno trabalho em equipe na organização hospitalar e outros aspectos relacionados a ele.

6.2 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido no HC da UFTM, em Uberaba, MG.

O hospital conta com uma área física de 26 mil m², distribuída em áreas de internação hospitalar, ambulatorios, pronto-socorro e serviços diagnósticos e tratamentos especializados. Atende: Transplante de Córnea, Rins e Válvula Cardíaca; Medicina Física e Reabilitação; Cirurgias em diversas especialidades médicas, destacando-se Neurocirurgia, Traumatologia e Ortopedia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Cardiovascular, Urologia e outras; Materno-Infantil e Pediatria; Hematologia e Hemoterapia; Terapia Renal Substitutiva; Tratamento de AIDS e Hepatites; Nutrição Enteral e Parenteral; Patologia Clínica e Cirúrgica; Radiodiagnóstico, inclusive com Ressonância Nuclear Magnética; Unidade de Terapia

Intensiva (UTI - Adulto, Infantil e Coronariana); Ambulatórios Especializados em diversas áreas; Central de Quimioterapia e Hospital-Dia Clínico (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, 2014).

Oferece cobertura regional a 27 municípios que integram a macrorregião do Triângulo do Sul, representando o único hospital que presta atendimento de nível terciário de alta densidade tecnológica, 100% pelo SUS. O hospital também abrange outras regiões de Minas Gerais e de outros Estados da federação. Atualmente comporta 292 leitos, sendo 20 de UTI Infantil, 10 de UTI Adulto e 10 de UCO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, 2014).

O HC da UFTM passou a ser gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), por meio de contrato assinado em 17 de janeiro de 2013. A EBSERH compromete-se a readequar a força de trabalho e a viabilizar melhoria da qualidade da assistência prestada (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, 2014).

O fluxo de atendimento em saúde no município é hierarquizado e regionalizado, realizado por meio do sistema de referência e contrarreferência, controlado por um complexo regulador responsável por centralizar a regulação das internações, consultas, atendimentos especializados e exames.

O HC é certificado como Hospital de Ensino, disponibilizando campo de estágio para os cursos técnicos e de graduação da UFTM, especialmente no tocante à área da saúde, correspondendo ainda às demandas de formação profissional no que se refere à residência médica e pós-graduação (*lato sensu* e *stricto sensu*) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, 2014).

6.3 Cenário de investigação

Para o estudo, foi selecionada a UCO, pois conta com distintos profissionais que integram uma equipe multiprofissional para prestar assistência aos pacientes do setor. É uma unidade fechada que prevê uma maior proximidade entre as diversas categorias profissionais, em função da estrutura física, organizacional e do quadro clínico dos pacientes ali atendidos.

Para prestar assistência a pacientes com síndrome coronariana aguda, a UCO requer infraestrutura típica de terapia intensiva, inserindo-se em instituição que ofereça apoio diagnóstico e terapêutico para os referidos pacientes. Fundamental destacar que a UCO demanda recursos humanos qualificados, disponibilidade de métodos diagnósticos invasivos e não invasivos. No que diz respeito a recursos humanos, a UCO prevê que o trabalho seja organizado por equipes multiprofissionais, seguindo a lógica da horizontalidade (BRASIL, 2011).

Vale destacar que a UCO é uma unidade na qual os profissionais lidam com sofrimento, dor e, às vezes, óbito do paciente. O paciente demanda monitorização e vigília constante do profissional, o que pode gerar tensão e preocupação nos profissionais, durante a realização do trabalho.

A unidade é destinada ao atendimento de pacientes cardiopatas e conta com alta rotatividade, pois os pacientes submetidos à angioplastia e implante de marca-passo definitivo ali permanecem por 24 horas, caso não haja intercorrências são transferidos para internação em enfermaria.

A UCO localiza-se no 2º andar do HC da UFTM e contempla 10 leitos, sendo oito de enfermaria e dois de isolamento. Possui recursos materiais e tecnológicos específicos para o atendimento em cardiologia.

Na UCO, trabalham 68 profissionais sendo 17 médicos; 10 enfermeiras; uma coordenadora do serviço de enfermagem que acumula a responsabilidade técnica pela UCO e UTI Adulto Geral; 33 técnicos/auxiliares de enfermagem e quatro fisioterapeutas. Além desses, uma psicóloga, uma nutricionista e uma assistente social também fazem parte dos profissionais da unidade, no entanto, não ficam exclusivamente no setor, pertencem a outros departamentos, mas prestam serviços à UCO. Em cada plantão, a equipe era constituída por: dois médicos, um enfermeiro, seis técnicos/auxiliares de enfermagem e um fisioterapeuta.

O organograma vigente, à época da coleta de dados, segue lógica hierarquizada e verticalizada, sendo apresentado na figura 1. Os profissionais de psicologia, serviço social e nutrição não compõem tal organograma, pois fazem parte da equipe de apoio.

*Não existe, nesse nível hierárquico, uma coordenação médica.

**À época da finalização da tese, o organograma havia sido reestruturado.

Figura 1 – Representação do Organograma da UCO, HC-UFTM, Uberaba-MG, 2014**

6.4 Participantes do estudo

Participaram do estudo os profissionais integrantes da equipe de saúde da UCO.

Os critérios de inclusão foram: profissionais da equipe de saúde que estavam trabalhando na referida Unidade há pelo menos um ano. Articular a participação com tempo de experiência de trabalho no setor justifica-se à medida que favorece ter aproximação à dinâmica do trabalho em equipe. Ressalta-se que a assistente social, a nutricionista e a psicóloga, apesar de não serem exclusivas do setor, assistindo a pacientes de distintas unidades dentro do HC, atuam junto à equipe da UCO, quando necessário. Dessa forma, entende-se que compõem tal equipe, pois são referências da sua área específica para o atendimento aos pacientes da unidade.

Foram considerados critérios de exclusão profissionais que estivessem afastados do trabalho à época da coleta dos dados e os não localizados após três tentativas para agendamento de entrevista.

6.5 Procedimentos para coleta dos dados

A técnica utilizada para coleta dos dados nesta investigação foi a Técnica do Incidente Crítico (TIC), sendo aplicada por meio de entrevista semiestruturada.

Considera-se que a TIC é decorrente de estudos no Programa de Psicologia da Aviação da Força Aérea dos Estados Unidos na Segunda Grande Guerra. O referido Programa, em 1941, foi realizado objetivando elaboração de procedimentos que contribuíssem para seleção e classificação de tripulações (FLANAGAN, 1973).

Essa participação de Flanagan no referido Programa possibilitou a dedução de que, ao estudar o trabalho, o mais relevante para análise do trabalho são os comportamentos extremos e pouco frequentes, uma vez que os fatos corriqueiros não são tão significativos e podem, inclusive, ocultar a verdade. Flanagan, então, denominou a essa coleta e análise de comportamentos extremos de método dos incidentes críticos (DELA COLETA, 1972).

A TIC fundamenta-se em procedimento que visa a colaborar com o destaque e reunião de fatos relevantes vinculados ao comportamento em situações específicas, englobando um conjunto de procedimentos que possibilita a coleta de observações diretas do comportamento humano (FLANAGAN, 1973) e contribuindo para o levantamento de concepções, percepções e atitudes no que se refere ao objeto da investigação (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004).

Os relatos dos Incidentes Críticos (IC) devem conter, necessariamente, as situações, os comportamentos dos profissionais frente a elas e as consequências decorrentes, com atribuição positiva ou negativa, segundo a ótica de quem relata o fato (DELA COLETA, 1974).

Diante disso, ressalta-se que a TIC não visa a coletar opiniões, percepções e relatos vagos, mas busca colher comportamentos específicos que subsidiem observações e avaliações pertinentes (FLANAGAN, 1973). Essa técnica foi utilizada

para conhecer as situações vivenciadas pela equipe no que se refere ao trabalho em equipe multiprofissional em UCO.

A divulgação da TIC no Brasil aconteceu, em 1972, por Dela Coleta e tem se expandido cada vez mais como referencial metodológico, especialmente no setor da saúde. Foi criada por Flanagan, em 1954, sendo considerada ainda bastante atual, no Brasil e em outros países. Vários pesquisadores utilizam a TIC e a valorizam devido à sua potencialidade e versatilidade (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004).

Torna-se oportuno destacar que se entende por incidente qualquer atividade humana que se possa observar, sendo completa em si para possibilitar inferências e previsões no que diz respeito à pessoa que desenvolve o ato em si. Para que o incidente seja crítico, ele necessita que ocorra uma situação clara com efeitos e consequências observáveis (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004; FLANAGAN, 1973). Assim, pode-se dizer que o incidente rompe com o funcionamento normal do sistema, representando situações relevantes que foram observadas e relatadas pelos entrevistados, podendo ser positivas ou negativas, considerando-se as consequências geradas para os objetivos do cargo ou do sistema (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004).

A TIC fundamenta-se em um grupo de procedimentos, objetivando a coleta de observações diretas do comportamento humano (FLANAGAN, 1973; MARTINS; CARVALHO, 2008), com vistas a possibilitar a resolução de problemas cotidianos e o desenvolvimento de amplos princípios psicológicos, contribuindo também com procedimentos para a coleta de incidentes observados que se revelem significativos e para o encontro de critérios sistematicamente definidos (MARTINS; CARVALHO, 2008).

Para levantar os ICs, como técnica de coleta de dados primários, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas guiadas por um roteiro. Pertinente salientar que as entrevistas representam um método de coleta de dados no qual o entrevistador questiona verbalmente o sujeito participante da pesquisa, podendo ser desenvolvida face a face com questões dissertativas (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Utilizou-se a entrevista semiestruturada com questões abertas (MINAYO, 2008). Para Polit e Beck (2011), entrevistas semiestruturadas abarcam tópicos ou questões amplas, sendo utilizado um guia para a realização dela. Tal entrevista permite que o entrevistado discorra a respeito do tema em foco “sem se prender à indagação formulada” (MINAYO, 2008, p. 261-262), mas de maneira que todos os

tópicos da entrevista sejam contemplados (POLIT; BECK, 2011). Assim, as entrevistas semiestruturadas estimulam os entrevistados a elencar os aspectos relevantes a respeito de determinado fenômeno e a delimitar o que é importante para eles (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Para Dela Coleta (1974) a TIC deve ser guiada pelas etapas:

- a) determinação dos objetivos da atividade a ser executada (realizada com base na justificativa do estudo);
- b) elaboração das perguntas a serem feitas às pessoas que fornecerão os ICs da atividade a ser analisada (consta no roteiro de entrevista – APÊNDICE A);
- c) delimitação da população e amostra (equipe multiprofissional da UCO do HC);
- d) coleta dos ICs;
- e) análise do conteúdo dos incidentes coletados, bem como o destaque de comportamentos emitidos;
- f) agrupamento e categorização dos comportamentos críticos;
- g) levantamento das frequências dos comportamentos críticos positivos e negativos.

O roteiro da entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) foi construído em reuniões com pesquisadores e pós-graduandos para discutirem a TIC e ajudarem na construção coletiva dele. O referido roteiro foi submetido à validação aparente e de conteúdo por três peritos na temática e em metodologia de pesquisa (APÊNDICE B); e posteriormente foi feito teste-piloto de modo a testar em condições reais os procedimentos de coleta de dados, contando com participantes que não fizeram parte do estudo definitivo.

O teste-piloto foi realizado com cinco profissionais que estariam de férias à época da coleta definitiva dos dados. Tais entrevistas aconteceram nos dias 11, 12 e 16 de dezembro de 2013. O instrumento para coleta revelou-se claro e compatível com os objetivos do estudo, sendo mantido sem alterações.

Para coleta de dados definitiva, a entrevista foi aplicada pela própria pesquisadora, face a face, gravada em meio digital, em dia e local previamente agendados, em comum acordo entre os participantes, responsáveis pelo serviço e pesquisadora, em ambiente que garantia a privacidade.

Para dar entrada no campo, era apresentado, para cada sujeito que seria

entrevistado, o comprovante que a pesquisadora estava regularmente matriculada no Programa Interunidades de Doutorado e a cópia de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

A coleta definitiva iniciou-se no dia 03/01/2014 sendo finalizada no dia 27 do mesmo mês. Para sua realização foram solicitadas à UCO as escalas de serviço dos profissionais médicos e de enfermagem. O profissional era procurado no dia e horário que estaria, de acordo com a escala, trabalhando na UCO. Caso não pudesse realizar a entrevista naquele momento, era agendado outro dia e horário, conforme a disponibilidade do profissional. As entrevistas duraram, em média, 15 minutos.

Com a escala de enfermagem, não houve dificuldades. Já com a escala médica, a pesquisadora precisava comparecer e permanecer no hospital durante os três turnos para identificar os médicos que estavam de plantão naquele dia e horário, pois a escala disponibilizada, nem sempre, era a realizada na prática. A pesquisadora agendava entrevista com determinado profissional e ao comparecer à UCO era surpreendida com uma troca na escala, e o profissional que estava de plantão já havia sido entrevistado. Quanto à fisioterapia, a escala viabilizou o contato e localização dos profissionais, o que favoreceu a realização das entrevistas. Com a psicóloga, houve contato pessoal prévio para convite e agendamento da entrevista.

Alguns profissionais se recusaram a participar do estudo, alegando indisponibilidade de tempo e dificuldade/embaraço em responder a entrevistas.

Após a conclusão das entrevistas, foi organizado material para enviar para transcrição.

6.6 Procedimentos para análise dos dados

As entrevistas foram transcritas por profissional específico, capacitado para os propósitos desta tese, e os textos foram conferidos, um a um, pela pesquisadora. Após leitura exaustiva das entrevistas pela pesquisadora, os ICs foram extraídos considerando-os como situações, observadas e/ou vivenciadas e relatadas pelos sujeitos entrevistados, recebendo deles atribuição positiva ou negativa, o que significa facilitar ou dificultar o trabalho em equipe multiprofissional, respectivamente. De posse

das entrevistas, foram isoladas as situações, os comportamentos e as consequências que compunham cada IC.

Diante das inúmeras situações relatadas, muitas representavam opiniões/percepções/julgamentos e outras eram incompletas, não caracterizando efetivamente um IC, sendo excluídas do estudo.

Para análise dos ICs, utilizou-se, a princípio, estatística descritiva que contribui para descrição e síntese dos dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011), a fim de quantificar situações, comportamentos e consequências. Após, os relatos pertinentes a cada situação, comportamento e consequência foram analisados por meio da análise de conteúdo (BARDIN, 2009), empregando-se as etapas propostas por Dela Coleta (1974).

Para análise do conteúdo dos incidentes coletados, montou-se um quadro para cada entrevista, com as situações, comportamentos e consequências correspondentes, com referência positiva ou negativa atribuída pelo participante. Nesses quadros, os recortes das entrevistas (situações/comportamentos/consequências) eram listados com as palavras dos participantes, ou seja, eram destacados na íntegra da entrevista (APÊNDICE C).

Após a elaboração e conferência exaustiva dos dados desses quadros montados para cada entrevista, procedeu-se à elaboração de quadros específicos para identificação de situações, comportamentos e consequências, relatados por entrevistado, assim como as atribuições positivas e negativas (APÊNDICE D).

A partir daí, as situações, bem como comportamentos e consequências, e suas respectivas referências positivas e negativas, relatadas pelos diferentes participantes, foram agrupadas por similaridade de conteúdo (APÊNDICE E).

Tal agrupamento contribuiu para a categorização das situações/comportamentos/consequências, com atribuição (positiva ou negativa) e frequência de ocorrência, de acordo com a percepção dos participantes (APÊNDICE F).

Pertinente salientar que a categorização foi realizada à luz do referencial teórico adotado e do objeto do estudo. Importante ressaltar que todo esse processo representou um ir e vir, ou seja, os dados brutos, contidos nas entrevistas e as informações contempladas no primeiro quadro de análise eram constantemente revisitados, para confirmar a análise que estava sendo realizada.

Após inúmeras conferências, construções, desconstruções e reconstruções, foram elaboradas as tabelas referentes às situações, comportamentos e

consequências, pautadas na categorização realizada anteriormente que possibilitou o desenho dos resultados por meio das categorias e subcategorias, ressaltando que elas foram montadas com base no que emergiu nas entrevistas por meio dos relatos dos ICs.

6.7 Procedimentos éticos

O trabalho foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP via Plataforma Brasil, com CAAE 19822813.1.0000.5393.

Inicialmente, foi enviado um ofício (APÊNDICE G) para o superintendente do HC da UFTM, informando os objetivos e finalidades do estudo e solicitando autorização para a realização da pesquisa. De posse da resposta autorizando o desenvolvimento da pesquisa, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP.

Com os participantes da pesquisa, tanto os que compuseram o teste-piloto quanto os que integraram a coleta de dados definitiva, foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE H) explicando individual e detalhadamente, em linguagem clara e acessível, de modo a esclarecer aos participantes os objetivos e as finalidades da pesquisa.

7 RESULTADOS

Os resultados do estudo são apresentados por meio da caracterização dos participantes e da identificação dos ICs relatados, destacando as situações, os comportamentos e as consequências no que tange ao trabalho em equipe de saúde no cenário em foco.

7.1 Caracterização dos participantes do estudo

Do total dos 68 profissionais da UCO, houve participação, neste estudo, de 45 profissionais que atenderam aos critérios de inclusão, o que corresponde a 66,2% do total da equipe multiprofissional, distribuindo-se em 20 técnicos/auxiliares de enfermagem (44,5%), 11 médicos (24,4%), nove enfermeiros – incluindo a coordenadora do serviço de enfermagem da UTI Adulto Geral e UCO (20,0%), quatro fisioterapeutas (8,9%) e um psicólogo (2,2%).

Não participaram 23 profissionais, dos quais 14 foram excluídos (oito técnicos/auxiliares de enfermagem, dois enfermeiros, dois médicos, um nutricionista e um assistente social) devido a afastamento do trabalho à época da coleta de dados definitiva, tempo de trabalho na UCO inferior a um ano e não localização após três tentativas para agendamento de entrevista. Nove profissionais (cinco técnicos/auxiliares de enfermagem e quatro médicos) se recusaram a participar do estudo, alegando indisponibilidade de tempo e/ou dificuldade/embaraço em responder a entrevistas.

Cabe ressaltar que, à medida que os profissionais participavam da entrevista, tentavam estimular os demais para participação, evidenciando-se ambiente propício para realização da mesma. Muitos participantes, ao final da entrevista, expressavam sua satisfação ao saberem que alguém estava tendo interesse em conhecer como estava a questão do trabalho em equipe naquele local. Além disso, se colocavam à disposição para qualquer ajuda que fosse necessária e pertinente. Fato interessante é que alguns profissionais que não eram alvo da pesquisa, como os que trabalhavam na recepção/escrituração, procuravam a pesquisadora e verbalizavam o desejo de serem,

também, entrevistados.

O período em que a pesquisadora esteve no setor, para realização das entrevistas, oportunizou a construção de relação próxima com os profissionais, havendo sempre alguém disposto a oferecer ajuda no que fosse necessário.

A tabela 1 exibe a caracterização dos profissionais da equipe multiprofissional de saúde participantes em relação à idade, sexo, categoria profissional, tempo de formação e tempo de atuação no referido cenário da pesquisa.

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais de saúde (n=45) da Unidade Coronariana de um hospital público, segundo idade, sexo, categoria profissional, tempo de formação e de atuação, Uberaba – MG, 2014.

VARIÁVEIS	n	%
Idade (anos)		
25 l- 35	16	35,5
35 l- 45	17	37,8
45 l- 55	9	20,0
≥55	3	6,7
Total	45	100,0
Sexo		
Feminino	33	73,3
Masculino	12	26,7
Total	45	100,0
Categoria Profissional		
Técnico de enfermagem	13	28,9
Médico	11	24,4
Enfermeiro	9	20,0
Auxiliar de enfermagem	7	15,6
Fisioterapeuta	4	8,9
Psicóloga	1	2,2
Total	45	100,0
Tempo de formação profissional (anos)		
0 l- 5	3	6,6
5 l- 10	12	26,7
10 l- 15	17	37,8
15 l- 20	4	8,9
≥ 20	9	20,0
Total	45	100,0
Tempo de atuação na unidade (anos)		
1 l- 5	15	33,3
5 l- 10	17	37,8
10 l- 15	9	20,0
15 l- 20	4	8,9
TOTAL	45	100,0

Constata-se predomínio de profissionais na faixa etária de 25 a 45 anos incompletos, perfazendo um total de 73,3%, maioria do sexo feminino (73,3%), e os profissionais de enfermagem contemplavam mais da metade dos participantes (64,5%). O tempo de formação profissional concentra-se entre cinco e 15 anos (64,5%). No que tange ao tempo de atuação na unidade, 71,1% do total de participantes tinham entre um e 10 anos de trabalho no setor.

7.2 Identificação dos incidentes críticos

Os ICs, relatados pelos participantes, correspondem às situações, vividas ou presenciadas, comportamentos correspondentes e consequências advindas. Diante disso, não foram considerados relatos de situações que não tivessem sido experienciadas ou observadas, representando meramente opiniões, relatos genéricos e não IC.

Uma determinada situação repercute em comportamentos e consequências que receberam referência positiva e/ou negativa, de acordo com a ótica de quem vivenciou ou observou o fato. Um mesmo comportamento/consequência pode ser indicado como positivo por um participante e negativo por outro, conforme a percepção de cada um. Destaca-se que, nesta tese, o IC refere-se a situações que facilitem ou dificultem o trabalho em equipe de saúde em UCO, sendo as referências positivas consideradas os aspectos que facilitam e as referências negativas os aspectos que dificultam.

As 45 entrevistas realizadas resultaram em 49 situações que se revelaram como IC, envolvendo 385 comportamentos e 182 consequências. Os participantes descreveram os ICs com riqueza de detalhes, o que contribuiu para a identificação deste número de comportamentos e consequências.

Os resultados dos ICs são descritos com base nos elementos que os compõem: situações, comportamentos e consequências.

7.3 Identificação das situações

As 49 situações identificadas na análise dos ICs foram agrupadas em três categorias por afinidade de conteúdo. Cada situação foi caracterizada em relação à frequência de ocorrência e porcentagem, considerando-se também a referência positiva e a negativa, atribuída pelos participantes, conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das categorias de **Situações** positivas e negativas, referentes ao trabalho em equipe de saúde, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais da Unidade Coronariana de um hospital público, Uberaba – MG, 2014.

CATEGORIAS DE SITUAÇÃO	POSITIVA		NEGATIVA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Colaboração entre agentes	8	16,3	16	32,6	24	48,9
Assistência ao paciente	3	6,1	11	22,5	14	28,6
Gerenciamento de agentes	0	0	11	22,5	11	22,5
TOTAL	11	22,4	38	77,6	49	100,0

Constata-se que a maioria das situações tem referência negativa (77,6%), dificultando o trabalho em equipe, predominando situações negativas quanto à colaboração entre agentes; ao gerenciamento deles e à prestação da assistência ao paciente.

Evidencia-se que essas situações dizem respeito aos agentes, bem como ao gerenciamento deles; aos instrumentos não materiais representados pela colaboração entre eles; e à finalidade do processo de trabalho - assistência prestada ao paciente.

Chama atenção a categoria **Colaboração entre agentes** concentrar o maior número de situações negativas (32,6%). Refere-se, principalmente, à colaboração entre os profissionais na assistência ao paciente, no sentido de ajuda mútua, além de reunir situações acerca da comunicação e valorização das informações fornecidas por outro colega sobre caso clínico e conduta terapêutica, como é possível evidenciar nas falas:

“[...] o enfermeiro não dá assistência na ajuda ao técnico igual deveria [...] eu fiz a minha parte sozinha porque a colega foi cuidar dos pacientes dela [...] ficam dois pacientes pra cada um [...] eu não tive ajuda [...] me deixou sozinha!” (E32)

“[...] Elas não queriam transferir o paciente porque falaram que ia dar muito mais trabalho [...] e que elas não iam querer [...]. Uma delas ameaçou ir embora, a outra veio junto ameaçou ir embora também [...].” (E30)

“[...] droga vasoativa, o médico suspende a droga. Aí ele não comunica, nem pro enfermeiro, nem pro técnico que está cuidando do paciente e desliga, suspende, só pausa a bomba, que isso já aconteceu pausou a bomba e não comunicou.” (E47)

Referências positivas, embora não sejam predominantes (16,3%) na categoria **Colaboração entre agentes**, também aparecem e são ilustradas pelas falas a seguir:

“Eu lembro de um paciente que nós tivemos aqui [...] era um paciente de 150 Kg [...] eu falava que eu ia colocar ele sentado, o pessoal vinha e me ajudava.” (E20)

“Fui até o médico ‘a cânula está semiobstruída’. ‘Então o que você acha que tem que fazer?’ ‘Eu acho que tem que trocar [...]’. ‘Então pede para o técnico de enfermagem e o enfermeiro para preparar tudo o que vai precisar que nós vamos trocar a cânula agora’.” (E10)

Predominaram situações de baixa colaboração entre os agentes, revelando dificuldade em agirem de forma coletiva, na perspectiva de articulação e ajuda mútua. Tais situações dificultam o trabalho em equipe multiprofissional, uma vez que não promovem entrosamento e coesão entre seus agentes.

A categoria **Assistência ao paciente** inclui situações acerca do atendimento à parada cardiorrespiratória/emergência no que diz respeito ao preparo e à experiência do profissional para prestar o atendimento e recursos materiais para esse atendimento, referem-se ainda à assistência ao paciente no que tange à divergência nas condutas terapêuticas e à disponibilidade de recursos materiais. Nessa categoria, predominam situações negativas (22,5%), representando entraves para o trabalho em equipe. Isso pode ser evidenciado nos depoimentos que seguem:

“[...] o último caso que eu me lembro foi bem estressante [...]. Foi uma parada que a gente teve com a paciente aqui na Coronária e a enfermeira não estava no setor porque estava em dois setores. [...]. O médico é plantonista uma vez por semana [...] eu sou plantonista também. Pra mim fica um pouco difícil [...] você conhecer o caso. [...] ficou uma situação complicada porque a gente ficou meio que um correndo atrás das coisas e o médico pedindo as coisas pra gente e perguntando o caso da paciente [...]” (E25)

“[...] uma senhora que internou com um aneurisma cerebral e eu cheguei ao plantão no domingo [...]. Foi passado para o neurocirurgião e ele pediu uma arteriografia e não tinha arteriografia, não havia como fazer por questão que faltava material, se não me engano era o contraste. [...] não foi feito a cirurgia porque quem faz a cirurgia falou que só fazia com a arteriografia [...]” (E48)

Destaca-se que, no processo de trabalho, os agentes, instrumentos materiais e não materiais, bem como a finalidade não são aspectos segmentados uns dos outros, mas interdependentes, o que configura caráter dinâmico e interativo entre os componentes do processo de trabalho em saúde.

Oportuno destacar que a categoria de situações **Assistência ao paciente** apresenta somente três situações positivas (6,1%), como mostram as falas:

“[...] uma vez tinha um paciente parado e a colega que era mais experiente. O paciente parou pós-cirurgia cardíaca [...] ela só foi lá e conectou o marca-passo que tinha desconectado [...] não foi preciso o médico falar nada [...]” (E12)

“Eu já passei por uma situação que foi mais tranquilo, que foi uma parada, só que foi com a outra equipe, do noturno, que a equipe é mais unida [...] a gente se conhece mais, foi assim uma situação difícil que era um paciente da cardíaca, que tinha vindo, mas foi bem rápido, assim conseguiu reverter o paciente. O médico também chegou na hora [...] cada um já sabia o que fazer.” (E25)

“Teve um dia [...] um paciente parou. Um intensivista fez as manobras tudo, reverteu a parada. Quando a gente olhou para o lado, arrumando tudo, tirando as coisas, Graças a Deus deu certo, e a gente olha ‘Doutor! foi o outro.’ Em vinte minutos. Você vê a equipe! Revertemos! Conseguimos duas paradas [...]” (E31)

A categoria **Assistência ao paciente**, ao concentrar predominantemente situações negativas, revela que o trabalho em equipe multiprofissional é dificultado quando existe despreparo profissional no atendimento à parada cardiorrespiratória/emergência; divergências nas condutas terapêuticas e limitação de recursos materiais para assistência ao paciente, aspectos relativos ao cotidiano da UCO.

Entende-se que o predomínio de situações negativas na categoria **Assistência ao paciente** pode decorrer do trabalho pouco colaborativo entre agentes, conforme evidenciado anteriormente, como também de questões relativas ao processo de formação profissional, gerenciamento de recursos materiais, de fragilidade no gerenciamento de agentes, pois ele pode não estar sendo efetivo no sentido de

promover entendimento e consenso dos profissionais quanto às condutas terapêuticas a serem tomadas, bem como no preparo/capacitação em serviço.

A categoria **Gerenciamento de Agentes** reúne situações negativas pertinentes ao número deficiente de profissionais, em decorrência de faltas injustificadas; dimensionamento e distribuição de pessoal inadequados; pouco comprometimento do profissional com o trabalho e sentimento de desvalorização profissional. Nessa categoria aparecem somente referências negativas (22,5%), como se verifica nos relatos:

“[...] Ontem mesmo a gente ficou em quatro funcionários, a gente já está ficando em cinco que não pode porque são seis, dois para cada isolamento e a gente está ficando em cinco. E ontem a gente ficou em quatro, eu fui a que fiquei sozinha [...]” (E4)

“Aconteceu comigo um fato a semana passada. [...] a cirurgia não era minha [...]. ‘Mas por que que a pessoa não pode ficar?’ ‘Ah porque eu deixei ela lá de fora pra ficar com os dois isolamentos, você pega a cirurgia?’” (E15)

“Eu tive ‘Doença X’ há pouco tempo [...] liga pra falar ‘oh você voltando dia dois, dia três você está de plantão, doze horas’ [...]. Nem pergunta como você está [...]. Eu não recebi nenhum telefonema, fiquei trinta dias afastada e não recebi, só dos meus colegas, mas da própria chefia não.” (E15)

“[...] falta de funcionário [...] eu fiquei com quatro pacientes lá dentro [...]” (E16)

Ao considerar a totalidade das situações negativas na categoria **Gerenciamento de agentes**, indaga-se qual o entendimento que se tem nessa UCO sobre o papel dos profissionais, o gerenciamento e sua repercussão para o trabalho em equipe.

Diante do exposto, salienta-se estreito vínculo entre as categorias **Colaboração entre agentes**, **Assistência ao paciente** e **Gerenciamento de agentes**. Essas situações não se isolam uma das outras, mas se entrelaçam e se mesclam, no cotidiano, demonstrando interdependência entre os componentes do processo de trabalho e repercutindo diretamente no trabalho em equipe multiprofissional.

Com base no predomínio de situações negativas, especialmente no que diz respeito à categoria **Colaboração entre agentes**, representando o instrumento não material do processo de trabalho, pode-se inicialmente inferir que o cenário em foco não é um ambiente com aspectos favoráveis ao trabalho em equipe. Entretanto, a

análise de comportamentos e consequências permite melhor compreensão acerca do objeto de estudo.

7.4 Identificação dos comportamentos

A análise possibilitou a identificação de 385 comportamentos agrupados por afinidade de conteúdo em três categorias, à luz do referencial teórico adotado na pesquisa.

Na tabela 3, são apresentados as frequências e os percentuais para cada uma das categorias de comportamento descritas pelos participantes, considerando-se referência positiva e negativa atribuída pelo entrevistado.

Tabela 3 – Distribuição das categorias de **Comportamentos** positivos e negativos, referentes ao trabalho em equipe de saúde, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais da Unidade Coronariana de um hospital público, Uberaba – MG, 2014.

CATEGORIAS DE COMPORTAMENTO	POSITIVA		NEGATIVA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Relacionar-se com os demais agentes	113	29,3	105	27,3	218	56,6
Desenvolver assistência ao paciente	79	20,5	42	10,9	121	31,4
Gerenciar os agentes	17	4,4	29	7,6	46	12,0
TOTAL	209	54,2	176	45,8	385	100,0

Foram relatados 385 comportamentos, indicando que cada situação descrita pode envolver inúmeras ações realizadas e expressas pelos profissionais. Destaca-se predomínio de comportamentos positivos (54,2%), concentrando-se, principalmente, na categoria **Relacionar-se com os demais agentes**, como nos depoimentos que seguem:

“[...] eu fui avaliar um paciente que estava com enfisema subcutâneo [...]. Baixeí todos os parâmetros da ventilação que eu sabia que poderia prejudicá-lo [...]” (E10)

“Comuniquei o técnico de enfermagem e a enfermeira que estava de plantão para que eles tomassem cuidado com as manipulações [...] pra ele [paciente]¹ ficar o menos agitado possível.” (E10)

“[...] eu fiquei com quatro pacientes lá dentro [...] a enfermeira me ajudou, a gente dividiu.” (E16)

“E nós todos lá na beira do leito tentando, massageando [...].” (E29)

“[...] a técnica [...] quis dar um banho no paciente porque [...] veio sujo do código, já estava no código três dias sem tomar banho. Ela ficou com dó do paciente.” (E30)

Embora não sejam predominantes, destacam-se, também, as referências negativas (45,8%), exemplificadas por meio dos relatos que explicitam as limitações no tocante ao relacionamento com colegas:

“[...] Era um politraumatismo de um acidente automobilístico, jovem, conversando até lá pra umas onze da noite. Depois ele começou a rebaixar, rebaixar e você pedindo ajuda pro médico, pedindo ajuda [...]. Aí na hora que foi tentar ajudar não deu, partiu.” (E31)

“[...] comunicou com a enfermeira do setor. A enfermeira não veio pra cumprir... ajudar no atendimento.” (E11)

Ainda com relação às referências negativas, as falas a seguir evidenciam aspectos acerca do desenvolvimento da assistência:

“[...] foi uma intubação complicada, demorou pra intubar a paciente [...] até que conseguimos intubar a paciente, que conseguiu estabilizar a paciente [...].” (E25)

“Detesto esse A.G.E. nos braços e nas pernas dos pacientes! [...] Que a Fulana outro dia foi perguntar o que eu tenho contra o óleo. Eu falei TUDO! Compra um creminho básico que aí eu passo na perna dele, mas esse óleo nojento não! Não que eu não ache que ele é eficaz na cura, pode até ser, mas na sacral, no trocanter.” (E28)

O predomínio de comportamentos com referências positivas na categoria **Relacionar-se com os demais agentes** revela que colaborar com o colega, no sentido de ajuda mútua, além de trocar informações entre agentes sobre caso clínico e condutas terapêuticas, viabiliza trabalho em equipe multiprofissional. A concentração de comportamentos com referências positivas na categoria **Desenvolver assistência ao paciente** indica que os agentes, neste estudo, têm clareza quanto à finalidade do processo de trabalho em saúde, realizam ações

¹ Informação da autora.

vislumbrando prestar assistência ao paciente de maneira coerente. Ao considerar tais comportamentos, pode-se afirmar que se trata de aspectos que favorecem o trabalho em equipe multiprofissional.

A predominância de comportamentos positivos indica que, apesar de os profissionais vivenciarem mais situações negativas, estarem inseridos em UCO, que representa um cenário com pacientes complexos e de risco, eles têm mais ações positivas, o que pode revelar esforço e investimento da equipe para superar obstáculos e dificuldades no cotidiano.

A seguir, são apresentadas as tabelas de cada categoria de comportamento com suas respectivas subcategorias.

A categoria de comportamento **Relacionar-se com os demais agentes** é descrita na tabela 4, com as frequências e percentuais obtidos para cada uma das subcategorias, assim como as respectivas referências positivas ou negativas.

Tabela 4 – Distribuição das subcategorias de Comportamentos positivos e negativos, referentes a **Relacionar-se com os demais agentes** no trabalho em equipe de saúde, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais da Unidade Coronariana de um hospital público, Uberaba-MG, 2014.

SUBCATEGORIAS DE COMPORTAMENTO	POSITIVA		NEGATIVA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Colaborar com o colega	56	25,7	58	26,6	114	52,3
Trocar informações com outro agente	42	19,3	30	13,7	72	33,0
Interagir com colega	15	6,9	17	7,8	32	14,7
TOTAL	113	51,9	105	48,1	218	100,0

Os comportamentos da categoria **Relacionar-se com os demais agentes** foram agrupados por afinidade de conteúdo em três subcategorias, sendo que as referências positivas (51,9%) superam as referências negativas (48,1%). A subcategoria **Colaborar com o colega** foi a mais frequente (52,3%) e refere-se à colaboração dos agentes entre si, na perspectiva de solicitação e ajuda mútua.

As referências negativas (26,6%) dessa categoria podem ser ilustradas por meio das falas:

“Chamei o médico e disse pra ele: ‘oh ele está com enfisema subcutâneo [...]’. No Raio X está com pneumotórax, mas eu queria que você [...] desse seu

parecer também'. Ele disse 'só um momento... eu estou fazendo outra coisa' [...]." (E10)

"O técnico de enfermagem foi de novo no médico: 'Olha, por favor?' [...]. Ele disse 'daqui a pouco'. [...] passou a noite inteira [...] não foi avaliado [...]." (E10)

"[...] pedi pra chamar mais gente porque demandou um pouco mais de tempo [...] daí demora porque quem vem, vem insatisfeito de ter sido chamado, ter sido acordado naquele momento que era período de descanso da pessoa [...]." (E11)

"[...] 'a gente só não quer transferir o paciente porque vai demorar pra limpar chão, vai demorar pra limpar cama.' Não precisaria de limpar a cama, era só o chão e isso é a equipe de limpeza que vai fazer, era só admissão do paciente. Mais nada! E mesmo assim estavam se recusando." (E30)

Já as referências positivas (25,7%) da subcategoria **Colaborar com o colega** são exemplificadas pelos relatos a seguir:

"[...] a técnica [...] estava ajudando outra a dar banho." (E26)

"[...] a enfermeira chamou a técnica, que mais fez todo o alvoroço, que mais gerou alvoroço, pra conversar e falar que ajudaria em tudo, que ela não estaria sozinha em momento nenhum [...]." (E30)

"[...] a paciente piorou, eu tive que chamar o pessoal pra me ajudar a intubar." (E48)

A subcategoria **Trocar informações com outro agente** engloba comportamentos referentes a comunicar informações sobre paciente e condutas terapêuticas a colega bem como utilizar informações fornecidas por outro profissional para tomar condutas na assistência. Isso caracteriza uma troca de informações entre os distintos agentes da equipe. Nessa subcategoria predominam as referências positivas (19,3%), conforme ilustram as falas:

"[...] estou com um paciente aqui no isolamento que ele está com dificuldade pra sair da ventilação mecânica [...] converso com o fisioterapeuta [...] conversando com ele, ele falou para mim que a princípio ele vai ter um pouco de esforço mesmo." (E7)

"[...] ele vê que você valorizou o que ele está falando e que o médico veio e ainda vai fazer um procedimento [...]." (E10)

"Eu fui lá avaliar ele e fui conversar com o médico. Falei: 'Doutor não vamos fazer nada pra ele, não vamos chamar a cirurgia cardíaca pra dar uma olhada, pra fazer alguma coisa?'." (E29)

"[...] você acha que suprou [...] infartou?' 'Eu acho que infartou. Tem que ir pra mesa.' 'Então eu vou para aí.' E vieram, refizeram a angioplastia [...]." (E48)

Oportuno destacar, também, na subcategoria **Trocar informações com outro agente**, embora não sejam predominantes, as referências negativas (13,7%), conforme seguem os depoimentos:

“[...] a gente fala ‘oh o paciente está estável, está com os parâmetros bons, mas na prática o paciente tá fadigado, cansado.’ [...] não ouve muito a enfermagem [...] quem toma atitude do paciente na parte respiratória é o fisioterapeuta [...] a gente fala, a gente relata, comunica. Ele fala que está tudo bem [...] ele toma a postura dele, ele não quer saber da postura dos outros profissionais.” (E4)

“[...] eu fui até um médico pra perguntar ‘ah, por favor, me passa o caso clínico?’ Ele disse ‘isso é só pra médico.’ Me deu as costas e saiu.” (E10)

“[...] aconteceu. Pausou a bomba e não comunicou [...]. Aí você vai acha que não, que alguém foi lá encostou sem querer e liga de novo [...] aquela droga era pra estar já suspensa e você inicia ela de novo.” (E47)

Comportamentos colaborativos, articulados e comunicativos entre agentes favorecem o trabalho em equipe multiprofissional.

A distribuição das subcategorias de comportamento que integram a categoria **Desenvolver assistência ao paciente** é apresentada na tabela 5, com frequências e percentuais obtidos para cada uma delas, assim como suas referências positivas ou negativas.

Tabela 5 – Distribuição das subcategorias de Comportamentos positivos e negativos, referentes a **Desenvolver assistência ao paciente** no trabalho em equipe de saúde, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais da Unidade Coronariana de um hospital público, Uberaba – MG, 2014.

SUBCATEGORIAS DE COMPORTAMENTO				POSITIVA		NEGATIVA		TOTAL	
				n	%	n	%	n	%
Realizar	assistência	conforme	sua	68	56,2	11	9,1	79	65,3
		competência	profissional						
Tomar	condutas	padronizadas	pelo	7	5,8	21	17,3	28	23,1
		serviço							
Realizar	assistência	diante	de	4	3,3	10	8,3	14	11,6
		problemas	com materiais						
TOTAL				79	65,3	42	34,7	121	100,0

Os comportamentos da categoria **Desenvolver assistência ao paciente** foram agrupados por similaridade de conteúdo em três subcategorias, predominando referências positivas (65,3%).

A subcategoria **Realizar assistência conforme sua competência profissional** destaca ações do profissional no sentido de fazer o que lhe compete no atendimento ao paciente e realizar esse atendimento com conhecimento e segurança. Nessa subcategoria, sobressaem referências positivas (56,2%), como mostram as falas a seguir:

“Eu não pegava um paciente de 150 kg, mas ele tinha força pra se manter em pé. Então eu pegava, colocava ele sentado à beira do leito e aí, vinha com ele devagarzinho, andando, com a poltrona ao lado do leito, o colocava sentado.” (E20)

“[...] a gente foi atender rapidamente o paciente [...] fiquei lá ambuzando o paciente [...].” (E24)

“[...] eu fui olhar o eletro dele estava suprado. Eu fiz um novo eletro rapidinho e liguei pro colega da Hemodinâmica.” (E48)

A subcategoria **Tomar condutas padronizadas pelo serviço** engloba comportamentos que envolvem sugestão de conduta terapêutica a outro agente e tomada de conduta coerente com o que é preconizado na unidade. Nessa subcategoria, predominam referências negativas (17,3%), como evidenciam os relatos que seguem:

“[...] a gente conversou bastante sobre este caso deste paciente [...] e eu perguntei pra ele especificamente: ‘por que que de manhã se faz desse jeito e à tarde você tá fazendo do outro jeito?’ [...] ‘ah eu tento fazer! À tarde eles não querem fazer’ [...].” (E7)

“Outro dia a Fulana foi lá: ‘por que que você não gosta do óleo [AGE]?’ [...] Eu falo ‘não! no meu paciente você não vai passar isso não! Eu que estou cuidando!’ Eu passo um creminho.” (E28)

“[...] cada médico ia lá prescrevia. E eles não checavam o exame [...] não tinha aquela continuidade [na assistência]³.” (E29)

Oportuno ressaltar que essa categoria reflete a finalidade do processo de trabalho que tem na assistência ao paciente a sua concretização. Diante dos

² Informação da autora.

³ Informação da autora.

resultados, acredita-se que os agentes concebem a assistência ao paciente como algo a ser alcançado.

As frequências e percentuais obtidos para cada uma das subcategorias de comportamento que compõem a categoria **Gerenciar os agentes** estão apresentadas na tabela 6, com as respectivas referências positivas ou negativas atribuídas pelos entrevistados.

Tabela 6 – Distribuição das subcategorias de Comportamentos positivos e negativos, referentes a **Gerenciar os agentes** no trabalho em equipe de saúde, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais da Unidade Coronariana de um hospital público, Uberaba – MG, 2014.

SUBCATEGORIAS DE COMPORTAMENTO	POSITIVA		NEGATIVA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Realizar dimensionamento e distribuição de pessoal	17	36,9	16	34,8	33	71,7
Agir de maneira descomprometida com o trabalho	0	0	13	28,3	13	28,3
TOTAL	17	36,9	29	63,1	46	100,0

Os comportamentos da categoria **Gerenciar os agentes** foram agrupados por similaridade de conteúdo em duas subcategorias, predominando referências negativas (63,1%).

A subcategoria **Realizar dimensionamento e distribuição de pessoal** reúne comportamentos acerca do absenteísmo, do redimensionamento do quadro de pessoal, bem como da escala de distribuição mensal e de atividades diárias de pessoal. Nessa subcategoria, destacam-se as referências positivas (36,9%), como evidenciam as falas que seguem:

[...] faltando gente [...] a gente argumenta que como que vai fazer. [...].” (E4)

“[...] cê tem que redimensionar a escala” [quando o profissional falta ao trabalho]⁴. (E29)

“[...] já teve inclusive uma situação que o determinado plantonista, nessa situação mesmo eu conversei, tinha um leito vago eu solicitei que deixasse o leito vago até no outro dia e expliquei a situação [da falta de profissionais]⁵ [...].” (E38)

⁴ Informação da autora.

⁵ Informação da autora.

Importante, também, destacar as referências negativas (34,8%), na subcategoria **Realizar dimensionamento e distribuição de pessoal**, exemplificadas por meio dos depoimentos que seguem:

“Ontem a gente ficou em quatro funcionários [...] a enfermeira foi falar: ‘[...] tá faltando funcionário.’ ‘[...] vai piorar’. Então eles não dão soluções pra gente.” (E4)

“Eu estava de férias [...] cheguei ‘a cirurgia é sua!’.” (E15)

“[...] você questiona ‘por que você deu o final de semana pra pessoa?’ ‘[...] porque ela não pediu’.” (E15)

A subcategoria **Agir de maneira descomprometida com o trabalho** concentra comportamentos relativos a ausentar-se do setor durante plantão, faltar ao trabalho e desrespeitar hierarquia. Essa subcategoria reúne somente referências negativas (28,3%), como evidenciam as falas que seguem:

“[...] a pessoa se desliga, sai do setor, demora [...].” (E14)

“[...] não pega aquela escala [...] Ele falou ‘oh hoje não dá! Não vou ficar e pronto’ [...].” (E15)

“[...] tem um funcionário que ele falta muito! [...] você tá contando com ele na escala [...] ele liga meio-dia ... que não vem [...].” (E29)

A categoria **Gerenciar os agentes** teve a maioria dos comportamentos com referência negativa. Salienta-se que é fundamental que o gerenciamento dos agentes tenha maior governabilidade e sensibilize os agentes, para que haja maior envolvimento e comprometimento com o trabalho e com as questões que o envolvem, bem como estimule a prática colaborativa nas situações vivenciadas na UCO.

Acredita-se que o gerenciamento dos agentes efetivo e resolutivo pode influenciar favoravelmente na dinâmica do trabalho deles com vistas à prestação da assistência ao paciente, sendo essa a intencionalidade do processo de trabalho.

Quanto aos comportamentos, identificam-se componentes do processo de trabalho que dizem respeito aos instrumentos não materiais (**Relacionar-se com os demais agentes**); à finalidade do processo (**Desenvolver assistência ao paciente**) e aos agentes (**Gerenciar os agentes**).

7.5 Identificação das consequências

Ao analisar as 182 consequências, identificadas como decorrentes das situações relativas à dinâmica do trabalho em equipe multiprofissional, procedeu-se ao seu agrupamento fundamentado na afinidade de conteúdo, o que resultou em duas categorias.

As categorias de consequências informadas pelos participantes estão identificadas na tabela 7, assim como suas frequências, percentuais e as respectivas atribuições positivas e negativas.

Tabela 7 – Distribuição das categorias de **Consequências** positivas e negativas, referentes ao trabalho em equipe de saúde, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais da Unidade Coronariana de um hospital público, Uberaba – MG, 2014.

CATEGORIAS DE CONSEQUÊNCIA	POSITIVA		NEGATIVA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Consequências para o profissional/ equipe	32	17,6	92	50,5	124	68,1
Consequências para o paciente	19	10,5	39	21,4	58	31,9
TOTAL	51	28,1	131	71,9	182	100,0

As consequências decorrentes das situações relativas à dinâmica do trabalho em equipe multiprofissional são predominantemente negativas (71,9%) e concentram-se na categoria **Consequências para o profissional/equipe**.

Chama atenção que, diante de situações predominantemente negativas, prevalecem comportamentos predominantemente positivos dos profissionais, porém isso não é suficiente para gerar mais consequências positivas do que negativas. Para que a dinâmica do trabalho em equipe gere consequências positivas, ela requer um conjunto de fatores que a possibilitem, permeando os componentes do processo de trabalho desde o agente e sua articulação com os demais, o gerenciamento desses agentes até a consecução da finalidade do processo de trabalho em saúde.

A categoria **Consequências para o profissional/equipe** reúne o maior número de referências negativas (50,5%) e engloba falas, predominantemente, a

respeito da satisfação do profissional/equipe e interação dos agentes, como ilustram os depoimentos a seguir:

“[...] pressão [...] está vivendo esse estresse e o pessoal ainda pressiona mais.” (E4)

“[...] isso vai te isolando da equipe [...]. Você vai ficando mais solitário.” (E15)

“[...] está dificultando bastante [...] a falta de funcionário [...] a gente fica bem sobrecarregada. Está muito difícil [...] tem dia que eu penso em nem vir trabalhar porque está complicado a situação. Aí a gente pensa nos pacientes, porque o paciente não tem culpa.” (E16)

“[...] inibe o profissional a trabalhar. Como eu estou inibido a trabalhar.” (E20)
“Aí isso me contrariou, me frustrou demais!” (E28)

“[...] ocorreu tudo da maneira como deveria ocorrer, porém com todo esse mal-estar desnecessário [entre os profissionais]⁶.” (E30)

Por outro lado, destacam-se também referências positivas (17,6%) na categoria **Consequências para o profissional/equipe**, como revelam as falas:

“[...] abriu uma oportunidade pra gente ter empatia com esse outro profissional e conseguir discutir o caso a partir disso.” (E8)

“[...] médico ficou todo satisfeito e falou: ‘isso é uma pessoa que faz falta pra um setor desses...é uma pessoa que faz a diferença’.” (E12)

“[...] uma liberdade maior de poder, entre os profissionais, conversar uns com os outros.” (E19)

A dinâmica do trabalho, as condições para sua realização e a utilização dos instrumentos, assim como alguns comportamentos dos agentes geram mais consequências negativas que positivas para o profissional/equipe. Ressalta-se que, mesmo que, na maior parte das vezes, eles se comportem de maneira a tentar superar os obstáculos, isso não é suficiente para gerar mais consequências positivas para eles e para a própria equipe. Questiona-se o que isso gera para os agentes, pois estão inseridos em uma realidade que não possibilita consequências positivas para quem realiza o trabalho cotidiano.

Na categoria **Consequências para o paciente**, os relatos contemplam falas a respeito da qualidade da assistência prestada a ele bem como da sua recuperação. Predominam referências negativas (21,4%), sendo ilustradas por meio dos relatos:

⁶ Informação da autora.

“[...] passou a noite inteira com enfisema subcutâneo e não foi drenado, não foi avaliado, não mudou nenhum parâmetro médico.” (E10)

“[...] o paciente fica sem assistência ideal.” (E10)

“Um pior atendimento para o paciente [...].” (E12)

“[...] o paciente fica lesado. Ele devia ter um atendimento melhor [...] ficou a desejar.” (E32)

Ocorrem também referências positivas (10,5%) na categoria **Consequências para o paciente**. Isso é exemplificado pelos relatos que seguem:

“[...] a experiência [do profissional]⁷ ajuda [...] o paciente parou [...] o paciente voltou e ficou tudo bem.” (E12)

“[...] [paciente]⁸ evoluiu bem [...] o quadro dele de pneumonia, e várias outras coisas que ele teve durante esse tempo, de descompensação cardíaca e sistêmica, se resolveram.” (E20)

“[...] atendimento mais rápido, reverteu o paciente mais rápido.” (E25)

Situações relatadas pelos participantes, vividas ou observadas no cotidiano, geram, predominantemente, consequências negativas para o profissional/equipe, especialmente, no que diz respeito à satisfação dele. Com base nos depoimentos expostos, a insatisfação manifesta-se por meio do estresse, sobrecarga, inibição do profissional e contrariedade/frustração. Com relação ao paciente, as consequências negativas que predominam traduzem-se no comprometimento da assistência e nos prejuízos para sua recuperação.

As consequências integrantes das subcategorias que compõem a categoria **Consequências para o profissional/equipe** estão expostas na tabela 8, com frequências e percentuais, considerando-se suas referências positivas e negativas.

⁷ Informação da autora.

⁸ Informação da autora.

Tabela 8 – Distribuição das subcategorias de Consequências positivas e negativas, referentes **ao profissional/equipe** no trabalho em equipe de saúde, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais da Unidade Coronariana de um hospital público, Uberaba – MG, 2014.

SUBCATEGORIAS de CONSEQUÊNCIA para o profissional/ equipe	POSITIVA		NEGATIVA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Satisfação profissional	8	6,4	38	30,7	46	37,1
Interação da equipe	24	19,4	21	16,9	45	36,3
Realização do trabalho	0	0	21	16,9	21	16,9
Prejuízo para o profissional	0	0	12	9,7	12	9,7
TOTAL	32	25,8	92	74,2	124	100,0

A categoria **Consequências para o profissional/equipe** reúne consequências que foram agrupadas por similaridade de conteúdo em quatro subcategorias. Evidenciou-se que a maioria (74,2%) das referências é negativa.

A subcategoria **Satisfação profissional** reúne consequências que contemplam contentamento do profissional, decorrente de situações que permeiam a dinâmica do trabalho em equipe multiprofissional, na perspectiva do estímulo, da tranquilidade, do regozijo e da valorização do profissional. Nessa subcategoria, predominam referências negativas (30,7%), como revelam as falas a seguir:

“[...] eu me senti meio constrangida de buscá-lo novamente pra pode perguntar [...] uma coisa que para ele é médico só.” (E10)

“[...] você se sente menosprezado, você se sente menor, inferior.” (E15)

“Isso é sufocante. [...] eu fico frustrada mesmo.” (E28)

“[...] reação é de desânimo e de impotência.” (E28)

“[...] a reação minha é de desânimo, a reação dos colegas que [...] a gente comenta, médicos [...] os poucos que assistiram [...] reação é de desânimo e de impotência.” (E48)

A subcategoria **Interação da equipe** reúne consequências que dizem respeito à interação dos agentes, na perspectiva da união, diálogo e confiança no outro. Nessa subcategoria, destacam-se as referências positivas (19,4%), ilustradas pelos depoimentos que seguem:

“[...] na equipe gera uma questão de um ter mais liberdade e confiança de conversar uns com os outros, quebra aquele tabu médico é isso, enfermagem é isso [...]. Quebra isso! Você passa a ter um pouco mais de confiança, liberdade e espaço pra chegar no médico, você pode conversar!” (E19)

“[...] uma boa comunicação entre os profissionais [...].” (E19)

“[...] o paciente de hoje, o paciente chegou de uma cirurgia cardíaca [...] ele já chega com tudo já organizado e pronto. Então é uma coisa tranquila, uma coisa que facilita demais o trabalho [...]. Então assim é um trabalho bem coeso, um trabalho bem unido [...].” (E40)

Consequências para o profissional/equipe, traduzidas em impotência, desânimo, constrangimento, frustração e sentimento de inferioridade, foram predominantes e decorrentes da dinâmica do trabalho. Por outro lado, ao mesmo tempo em que resultam dessa dinâmica também podem representar fatores que dificultam o trabalho em equipe multiprofissional. Infere-se aí algo cíclico, a dinâmica do trabalho resulta em consequências negativas, que por sua vez, limitam a prática do trabalho em equipe, uma vez que o agente se sente, dentre outras coisas, desestimulado e insatisfeito.

Por outro lado, apesar do predomínio de referências negativas para a categoria **Consequências para o profissional/equipe**, constatou-se leve concentração de consequências positivas no que diz respeito à interação da equipe, o que pode ser reflexo dos comportamentos positivos dos profissionais na categoria **Relacionar-se com os demais agentes**. Em contrapartida, o referido trabalho é facilitado, quando as relações são embasadas no diálogo, união e trabalho coeso.

A categoria **Consequências para o paciente** conta com 58 consequências, das quais 39 (67,2%) são referências negativas e 19 (32,8%) são referências positivas. Constata-se predomínio de consequências com atribuição negativa.

Essa categoria concentra resultados acerca da assistência prestada ao paciente, incluindo agilidade no atendimento e recuperação dele. Predominam referências negativas (67,2%), conforme apontam os relatos:

“[...] o paciente era muito grave [...] muitas coisas que não deveriam acontecer que é pra ser rápido, não foi rápido.” (E24)

“[...] quando foi de manhã a gente perdeu esse moço [...].” (E31)

“[...] eu não tinha como trocar o paciente sozinho porque era um paciente de grande porte [...] o paciente fica lesado [...].” (E32)

Oportuno, também, apresentar na categoria **Consequências para o paciente** as referências positivas (32,8%), como indicam as falas a seguir:

“[...] esse paciente ficou bem, ele foi drenado, depois no outro dia ele foi extubado e saiu muito bem daqui.” (E10)

“O paciente saiu bem, no outro dia estava bem melhor. Daí dois dias conseguiu a [...] extubação. O paciente saiu bem.” (E25)

Embora sejam constatadas mais consequências negativas para o profissional/equipe, o paciente também sofre repercussões, especialmente, negativas, como resposta a todo o panorama exposto nesta tese, desde os resultados de situações e comportamentos até as questões que fundamentam isso, como formação profissional, modelo clínico de atenção e método funcional como modelo de organização do trabalho.

Elencam-se como consequências negativas pouca agilidade no atendimento e comprometimento da recuperação do paciente.

A sumarização dos resultados que emergiram pode ser constatada na figura 2, a seguir:

Figura 2 – Representação das situações, comportamentos e consequências, e suas respectivas categorias, obtidos junto aos profissionais da UCO, HC-UFTM, Uberaba - MG, 2014.

8 DISCUSSÃO

Foram analisados os aspectos facilitadores e dificultadores para o trabalho em equipe, em uma unidade de alta densidade tecnológica, utilizando-se a TIC para identificar situações reais que trouxessem à tona o que ocorre no cotidiano desta unidade que pode promover ou inibir o trabalho em equipe. Oportuno destacar que referências positivas são entendidas como facilitadoras para o trabalho em equipe, enquanto as referências negativas são dificultadoras para o referido trabalho, na perspectiva dos participantes do estudo.

Para apresentação dos ICs, fez-se a identificação das situações, comportamentos e consequências de maneira separada. Porém, apesar de apresentados separadamente, eles não são estanques, desconectados e mantêm estreita relação entre si, de modo a possibilitar apreensão do cotidiano como um todo no que se refere ao trabalho em equipe multiprofissional de saúde.

Dado o volume de dados, optou-se em fazer uma análise e discussão do que foi mais frequente, sendo o mais pertinente ao trabalho em equipe, sem desconsiderar os demais dados e sua importância, mas entendendo que, muitas vezes, é melhor a análise aprofundada de temas centrais que pulverizada de temas periféricos.

Na análise das características sociodemográficas, constatou-se que entre os participantes houve predomínio da faixa etária entre 25 e 45 anos incompletos; sexo feminino e profissionais de enfermagem.

Quanto ao tempo de formação profissional, a maioria dos participantes tem entre cinco e 15 anos de formação e, quanto ao tempo de trabalho na unidade concentra-se entre um e dez anos. Isso pode revelar predomínio de profissionais com experiência profissional, com inserção no cenário do estudo, o que lhes permite ter vivenciado situações que pudessem ser relatadas.

Diante do predomínio de situações com referências negativas, do ponto de vista gerencial torna-se oportuno repensar a maneira como ocorre o gerenciamento dos agentes, bem como a construção das relações de colaboração entre eles e a utilização dos instrumentos não materiais, vislumbrando a consecução da finalidade do processo de trabalho, na perspectiva de assistência adequada e de qualidade ao paciente.

O predomínio de situações negativas nos relatos pode indicar que o instrumento não material do processo de trabalho pode ser pouco desenvolvido, valorizado e utilizado pelos agentes, aqui identificado como as relações construídas entre os profissionais da equipe, na perspectiva da colaboração.

Isso revela divergência dos resultados com relação a conceitos propostos pelos autores sobre trabalho em equipe, apresentados nesta tese. Para os autores, o trabalho em equipe pressupõe, dentre outros aspectos, a colaboração entre os agentes como possibilidade para superar o trabalho parcelar e as ações isoladas, com vistas à ajuda mútua e ao alcance da finalidade do trabalho de maneira conjunta.

No decorrer da discussão, são indicadas algumas possíveis questões que podem conduzir a esses resultados no cotidiano, como a formação profissional, o modelo clínico de atenção e o modelo de organização do trabalho.

A colaboração entre agentes demanda ação conjunta e articulada com vistas ao fortalecimento da equipe multiprofissional e da consecução da assistência integral ao paciente. A capacidade colaborativa tem como um de seus pressupostos o desenvolvimento do trabalho conjunto (WEINBERG et al., 2011). A definição de colaboração tem estreita proximidade com partilha, trabalho em equipe e ajuda mútua (PINHEIRO; MACEDO; COSTA, 2014).

Ao contrário do proposto pelos autores, os resultados encontrados indicam situações de colaboração na perspectiva de pouca ajuda mútua e do limitado trabalho conjunto, como elementos que dificultam o trabalho em equipe multiprofissional.

Os resultados, referentes às situações de baixa colaboração entre agentes, vão na mesma direção de alguns autores, ao afirmarem que existem equipes que realizam o trabalho de maneira individual e fragmentada (VIEGAS; PENNA, 2013). Quando a articulação e a interação entre profissionais não acontecem de maneira efetiva, isso pode comprometer a cooperação entre os agentes (BRÜGGEMANN et al., 2011; WEINBERG et al., 2011). A indisponibilidade de alguns profissionais em trabalhar de maneira conjunta representa obstáculo para realização do trabalho e alcance da sua finalidade (LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014).

Tais questões podem conduzir à baixa colaboração e podem ser reflexo da atuação individualizada, segmentada, comprometendo intervenções coletivas e trabalho em equipe, com consequências para o paciente.

Essa falta de articulação entre profissionais decorre, dentre outras questões, da construção de relações pouco fortalecidas entre eles, manifestando-se pela baixa

colaboração; do processo de formação profissional que pode dificultar a interação dos profissionais e a prática colaborativa (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013; QUEIROZ; ARAÚJO, 2009), inibindo o compartilhar de saberes (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013), ao estabelecer limites muito rígidos entre as distintas profissões.

A depender de como ocorre a formação profissional, pode promover ou dificultar as relações entre os distintos profissionais, interferindo na maneira como eles valorizam, se apropriam e utilizam a colaboração como instrumento não material do processo de trabalho, bem como integram e articulam distintos saberes na lógica da complementaridade.

Nesse sentido, quando a formação profissional estabelece limites que geram diferentes valorações entre profissionais, conduzindo a intervenções fragmentadas e individualizadas, isso limita a prática colaborativa entre os integrantes da equipe, pois cada um realiza o trabalho independente dos demais. Tal processo de formação tem no modelo clínico seu paradigma ainda hegemônico.

Diante disso, pode-se inferir que exista estreito vínculo entre a maneira como os agentes concebem e utilizam o instrumento não material na sua dinâmica de trabalho com os demais colegas e a lógica que guiou a sua formação profissional, bem como a concepção de modelo de atenção adotada. A lógica embasada no modelo clínico de atenção não viabiliza atuação mais complexa e articulada entre os agentes. Tal modelo contribui para intervenção fragmentada dos agentes e dicotomia dos saberes (SOUZA; OLIVEIRA; CASTRO, 2011), reforçada pela organização do trabalho na perspectiva do método funcional.

Tais situações podem ser desencadeadas pela formação profissional pautada no modelo clínico de atenção, fortalecido pela lógica do método funcional, pois o paradigma da segmentação do corpo humano enfatizado pelo modelo clínico conduz também à fragmentação dos modos de organização do trabalho que representa um obstáculo à proposta da integralidade (BONFADA et al., 2012).

Essa tímida articulação dos agentes no processo de trabalho, com isolamento das ações dos profissionais, fragmenta o trabalho em equipe e promove distanciamento entre seus componentes (QUEIROZ; PENNA, 2011). Isso pode repercutir diretamente na assistência prestada ao paciente que pode ser descontínua e carente de projetos terapêuticos coletivos (OLIVEIRA; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011) e colaborativos.

Por um lado, o modelo clínico de atenção conduz a uma lógica individualizada e intervenção segmentada de saberes e agentes, ficando a cargo dos médicos a determinação de ações dos demais profissionais. Por outro, o modelo de organização do trabalho, pautado no método funcional, enfatiza divisão do trabalho, valoriza hierarquização dos saberes e execução de tarefas, salienta ações parcelares e impõe limites rígidos entre os profissionais.

A formação profissional e ambos os modelos citados dificultam o trabalho em equipe à medida que não promovem e não sensibilizam os agentes para uma articulação efetiva e entre seus saberes e ações.

Inferese-se que o modelo clínico de atenção e o método funcional de organização do trabalho podem ter estreita relação com a equipe do tipo agrupamento, ancorada na fragmentação, no distanciamento entre os profissionais, na justaposição de ações, não havendo articulação entre elas e nem interação dos agentes (KELL; SHIMIZU, 2010; PEDUZZI, 2001).

Porém, apesar de predominarem situações com referências negativas na categoria **Colaboração entre agentes**, salienta-se a potencialidade desse instrumento não material como viabilizador para o trabalho em equipe, uma vez que também recebe referências positivas, ou seja, é entendida, na visão de outros participantes, como facilitadora do trabalho em equipe. Para isso, faz-se necessária a construção de relações entre agentes que possibilitem articulação, diálogo e consenso, no intuito de traçar, de maneira conjunta e legítima, caminhos comuns para o alcance da finalidade do processo de trabalho, por meio das relações de troca, ajuda e reciprocidade entre os componentes da equipe.

Nesse sentido, autores defendem a importância da colaboração para potencializar o trabalho em equipe. Enfatizam a necessidade da prática colaborativa no trabalho em saúde, destacando que ela pressupõe integração de agentes, saberes e ações, o que facilita e promove o trabalho em equipe (PORTO et al., 2012; WEINBERG et al., 2011).

O trabalho em equipe se concretiza por meio das relações estabelecidas entre profissionais, gestores e usuários (DUARTE et al., 2012) e requer integração efetiva entre profissionais, saberes e percepções (ARAÚJO et al., 2012), contribuindo para realização de ações integrais em saúde (VIEGAS; PENNA, 2013). O trabalho em equipe é facilitado quando a interação entre os agentes favorece a colaboração,

trabalho conjunto, trocas e aprendizagens entre os profissionais (SILVA; SANTOS, 2012).

Com isso, evidencia-se que a colaboração, como facilitador para o trabalho em equipe, requer desenvolvimento de trabalho conjunto, articulado e coeso entre os distintos agentes.

Nessa ótica, concebe-se que o trabalho em equipe requer agentes articulados que atuem, por meio de instrumentos não materiais, de maneira integrada sobre o objeto de trabalho, com vistas à prestação de assistência justa, digna e de qualidade ao paciente, atingindo, então, a finalidade do processo de trabalho em saúde.

Dessa forma, o trabalho em equipe deve resultar de construção compartilhada e privilegiar aprendizagem contínua como um de seus pilares (ARAÚJO et al., 2012; WALKER et al., 2012), pois o trabalho em saúde demanda renovação permanente de conhecimento e para que isso ocorra é crucial que os profissionais se engajem nesses processos (GOMES et al., 2013).

Isso desvela forte vinculação entre colaboração e trabalho em equipe, chamando atenção para a necessidade de que o agente tenha apoio, seja preparado/capacitado para atuar colaborativamente (THISTLETHWAITE et al., 2014). A prática colaborativa efetiva e o trabalho em equipe são importantes viabilizadores para prestação da assistência integral à saúde (NDORO, 2014; VIEGAS; PENNA, 2013).

Dentre as categorias de situações, embora não seja a mais frequente, porém representando importante lacuna, merece destaque o fato de as situações de **Gerenciamento de agentes** não contemplarem nenhuma situação com referência positiva. Isso chama atenção, pois se o gerenciamento de agentes lida o tempo todo com pessoas, questiona-se como pode não ter recebido nenhuma referência positiva? Indaga-se em que ele se pauta e de que maneira essa gerência é realizada junto aos agentes.

As situações dessa categoria dizem respeito ao dimensionamento e à distribuição de pessoal que geram insatisfação; baixo comprometimento do profissional com o trabalho e sentimento de desvalorização no trabalho, aspectos relevantes para o trabalho em equipe e que têm importante interface com o modelo gerencial adotado.

A categoria, ao trazer à tona o baixo comprometimento do profissional com o trabalho, vai em direção oposta ao que é defendido por Santos, Nery e Matumoto

(2013), ao afirmarem que a atuação de profissionais sensíveis e com compromisso ético e político é fundamental para que ocorram transformações no setor saúde.

As referências negativas para o **Gerenciamento de agentes** podem ser reflexo de um modelo de organização do trabalho que conduz à fragmentação, à justaposição das ações, a intervenções parcelares dos profissionais e a organogramas verticalizados. Esse modelo pode ocasionar distanciamento do profissional do trabalho como um todo, conduzindo, muitas vezes, ao descomprometimento do agente com o trabalho, pois ele não se reconhece no planejamento e na discussão das ações/intervenções, revelando aproximação da equipe da UCO à modalidade de agrupamento.

Tal fato pode desencadear inserção periférica dos profissionais nos processos decisórios, dificultando o trabalho em equipe multiprofissional. Esse entendimento parece ser coerente não apenas aos resultados da categoria, mas também à descrição do organograma vigente na UCO que segue lógica hierarquizada e verticalizada.

Interessante observar que o maior número de situações com referências negativas está na categoria **Colaboração entre agentes**. Nessa mesma perspectiva, a categoria **Gerenciamento de agentes** também chama atenção por todas as suas referências serem negativas. Isso parece ter explicação na literatura científica que evidencia estreita ligação entre gerência e colaboração entre profissionais, uma vez que, ao se considerar o trabalho em saúde, a estrutura da organização e o modelo de gestão estabelecem os processos de trabalho bem como a maneira como os profissionais se comportam (CARVALHO et al. 2013; ROCHA et al., 2014).

Nesse sentido, o gerenciamento inadequado de agentes pode estar articulado com a limitada colaboração entre eles. Isso reforça o que afirmam Weinberg et al. (2011), ao destacarem que a rigidez hierárquica e a divisão do trabalho nos hospitais podem limitar a capacidade colaborativa.

Problemas quanto ao gerenciamento de agentes, revelados nos resultados e apresentados por autores, podem fundamentar-se nos modelos hierárquicos que ainda predominam nos hospitais, pautados na verticalização, centralização de poder, controle, individualismo e desvalorização dos profissionais, comprometendo a atuação colaborativa, dificultando o trabalho em equipe e prejudicando o alcance da finalidade do processo de trabalho (CARVALHO et al., 2013; GOULART; COELHO; CHAVES, 2014; ROCHA et al., 2014; WEINBERG et al., 2011).

Muitas vezes, a gestão de serviços de saúde é realizada por profissionais da assistência, sendo que quando são transferidos para a gestão podem não estar qualificados para desenvolver essa atividade (SILVA; ROQUETE, 2013), o que compromete a realização de gerenciamento que propicie relações colaborativas entre os agentes, bem como a concretização do trabalho em equipe.

O cotidiano exige preparo do gerente, pois, além do previsível e planejado, ele também lida constantemente com a imprevisibilidade e precisa saber enfrentar situações inusitadas e incertas (CHRISTO et al., 2013; SILVA; ROQUETE, 2013). O preparo dos gerentes para identificar fragilidades no processo de gestão é um fator que pode contribuir na mudança para modelos gerenciais mais participativos (GARCIA et al., 2015), o que pode favorecer a prática colaborativa.

Nessa perspectiva, Armitage e Higham (2011) afirmaram que o engajamento da equipe nos processos de mudança, quando ocorre de forma participativa, gera melhores resultados e isto pode estimular a equipe para implementar determinada transformação.

Nesse sentido, direção clara e contexto organizacional que ofereça suporte e estimule o trabalho em equipe contribuem para o desenvolvimento da capacidade colaborativa entre os profissionais (WEINBERG et al., 2011). Como as situações evidenciam prática pouco colaborativa, questiona-se, mais uma vez, o gerenciamento vigente como não viabilizador para a colaboração entre os agentes.

Diante dessa realidade, questiona-se como o trabalho em equipe multiprofissional pode ser viabilizado em cenário no qual os agentes não relatam nenhuma situação positiva de **Gerenciamento de agentes** e no qual há predomínio de situações de baixa colaboração entre agentes, pois, de acordo com autores, o modelo gerencial pode promover ou não a prática colaborativa, dependendo de como ele se configura.

O trabalho em equipe, ao requerer trabalho articulado e colaborativo, demanda reorganização do trabalho estimulando relações horizontalizadas com diluição de poder (OLIVEIRA; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011), no intuito de viabilizar processos decisórios negociados e compartilhados, complementaridade de saberes e reconhecimento dos limites profissionais (PORTO et al., 2012).

Tal reorganização pode se fundamentar nos modelos contemporâneos de gestão, denominados de participativos, compartilhados, colegiados de gestão ou gerência participativa, com tomada de decisão compartilhada na equipe

multidisciplinar, diluição de poder e comunicação efetiva entre as diversas categorias profissionais, contribuindo para superação da abordagem clássica da administração (GARCIA et al., 2015; HAYASHIDA et al., 2014).

Diante do exposto, com base nos resultados e na literatura científica, a gerência tradicional e hierarquizada, da maneira como tem sido realizada, não potencializa o trabalho pautado na colaboração entre agentes. Por outro lado, aposta-se na gerência compartilhada como ferramenta que pode viabilizar a prática colaborativa e facilitar o trabalho em equipe.

Como as práticas de gestão influem na maneira como os profissionais se organizam e realizam a assistência, torna-se pertinente destacar que a gestão compartilhada contribui para o trabalho em equipe (CARDOSO, 2010; DUARTE et al., 2012).

Entende-se que poderia haver investimento gerencial em estratégias que viabilizem repensar o modelo de gestão vigente, nessa UCO, para sensibilizar a instituição e os agentes para o trabalho colaborativo, bem como os fatores que influem na dinâmica das relações entre eles, na valorização e utilização de instrumentos não materiais, impactando diretamente na concretização do trabalho em equipe e na assistência ao paciente e sem, contudo, desconsiderar que esse esforço requer apoio institucional para se concretizar.

Ao fundamentar-se nos resultados, pode-se afirmar que situações com referências negativas para **Colaboração entre agentes** e **Gerenciamento de agentes** representam entraves para trabalho em equipe multiprofissional e podem ocasionar consequências negativas, especialmente, para profissional/equipe, mas também para o paciente, comprometendo a finalidade do trabalho.

Para cada situação existem reações, ações/comportamentos associados a ela. Neste estudo, quanto aos comportamentos, o predomínio de comportamentos com referências positivas na categoria **Relacionar-se com os demais agentes** pode revelar investimento pessoal e esforço por parte dos agentes na realização do trabalho. Acredita-se que os profissionais tragam, mesmo que de maneira não sistematizada, concepção do trabalho em saúde como algo a ser viabilizado por meio do trabalho pautado na construção de relações que favoreçam complementaridade dos saberes e intersecção das ações e intervenções junto ao paciente. Isso se torna mais evidente a partir do momento em que se esforçam para superar as adversidades,

utilizando o instrumento não material, manifestado pelas relações construídas entre os profissionais.

Os comportamentos mais encontrados quanto ao relacionamento entre os agentes convergem para alguns conceitos, abordados por autores nesta tese, sobre trabalho em equipe como possibilidade de trabalho coletivo, na tentativa de superação do trabalho individual e segmentado, extrapolando ações isoladas e valorizando comunicação e interação entre os agentes.

Esses resultados também convergem para alguns aspectos propostos pela modalidade da equipe integração, revelando que os agentes se empenham em construir relacionamentos adequados entre eles que possibilitem interação, agir comunicativo e ações articuladas.

Apesar de os comportamentos da categoria **Relacionar-se com os demais agentes** apresentarem consonância com alguns elementos da equipe integração, por outro lado, um dos aspectos dessa modalidade de equipe (PEDUZZI, 2001) e também destacado, como elemento para o trabalho em equipe, por outros autores (ARAÚJO et al. 2012; KELL; SHIMIZU, 2010; SILVA; SANTOS, 2012; XYRICHIS; LOWTON, 2008), que é a definição de objetivos comuns, bem como a elaboração e viabilização coletiva de projetos compartilhados, não aparece de forma contundente em nenhum momento neste estudo. Isso pode significar que o trabalho em equipe concebido como aquele que requer construção de objetivos comuns pela equipe não se destaca como resultado nesta tese.

O trabalho em equipe, ancorado no estabelecimento e na consecução de objetivo comum (SILVA; SANTOS, 2012), contribui na construção de redes relacionais, na superação do intenso processo de especialização, na troca e no compartilhamento de conhecimentos e saberes, no respeito e na promoção da autonomia, podendo conduzir a uma prática inovadora (UCHÔA et al., 2012) e ao alcance efetivo da integralidade na assistência à saúde (PENNA; BRITO; HEMMI, 2008).

Nesse sentido, Peduzzi et al. (2011) também defenderam que trabalho em equipe pressupõe compartilhar objetivos a serem alcançados pela equipe. Conhecer o processo de trabalho, o estabelecimento de metas e o planejamento pode possibilitar melhor cooperação entre os membros da equipe (ELLIS; GATE, 2005).

A categoria **Relacionar-se com os demais agentes** destaca referências positivas decorrentes da utilização dos instrumentos não materiais do processo de

trabalho vinculados aos aspectos relacionais, a saber, colaboração e comunicação/troca de informações entre agentes. Infere-se que aí resida uma concepção de que para se trabalhar em saúde é fundamental relacionar-se adequadamente com os demais profissionais.

Entretanto, acredita-se que essa concepção não seja compartilhada de maneira homogênea entre os integrantes da equipe, pois se constata uma importante contradição que se revela no predomínio de situações com referências negativas para **Colaboração entre agentes** e predominância de comportamentos com referências positivas na categoria **Relacionar-se com os demais agentes**. Isso indica que, mesmo diante dessas situações, alguns profissionais desenvolvem ações com referências positivas, na tentativa, de superar tais situações negativas, com vistas ao desenvolvimento do trabalho conjunto.

Isso ganha sustentação na literatura científica, ao defender que o trabalho em saúde requer trabalho coletivo, geralmente, concretizado por meio da atuação de equipes (PASCHE, 2011) e vai em direção ao que se pretende alcançar, ancorado em relações entre os profissionais que possibilitem a realização de trabalho integrado (CAMELO, 2011).

O processo de trabalho em saúde com vistas ao trabalho em equipe demanda mobilização dos agentes como um todo, pois o profissional sozinho, isolado, ou somente uma parte deles, não consegue responder a todas as demandas, na ótica da integralidade.

Ao considerar os instrumentos não materiais do processo de trabalho, ressalta-se que o trabalho em equipe de saúde é decorrente de um processo de relações a serem construídas pelos próprios profissionais (VIEGAS; PENNA, 2013). Quando as relações interpessoais são adequadas, viabilizam o trabalho em equipe, possibilitando troca efetiva entre agentes, interação entre eles e integração de seus saberes (FERNANDES et al., 2015).

Os resultados positivos no relacionamento entre os agentes também vão em direção a alguns aspectos do trabalho em equipe, integrantes do conceito elaborado nesta tese a respeito do tema, destacando, como facilitadoras para o trabalho em equipe, as relações entre os profissionais que favoreçam colaboração e comunicação, extrapolando a dimensão pessoal, estimulando ajuda mútua e ancorando-se em relações dialógicas e horizontais.

Nesse sentido, verifica-se que a categoria **Relacionar-se com os demais agentes** reúne referências positivas que dizem respeito à colaboração e comunicação/troca de informações.

Esses resultados são consonantes às ideias de Matuda, Aguiar e Frazão (2013), ao afirmarem que o trabalho em saúde demanda interação entre os distintos profissionais, podendo se concretizar, dentre outras maneiras, por meio da cooperação/prática colaborativa.

A colaboração, no sentido de ajuda mútua, representa elemento crucial para o trabalho em equipe. O trabalho conjunto e o apoio mútuo entre os integrantes da equipe possibilitam um clima de maior troca e compartilhamento, podendo contribuir, inclusive, para evitar a sobrecarga de trabalho (DEERING; JOHNSTON; COLACCHIO, 2011).

O trabalho em equipe requer cooperação e participação dos profissionais com vistas ao fortalecimento do trabalho multiprofissional (CAMELO, 2011). Nessa vertente, a prática colaborativa, fundamentando o trabalho da equipe, pode favorecer a melhoria das interações profissionais e da assistência à saúde (VIEGAS; PENNA, 2013; WEINBERG et al., 2011).

Assim como a colaboração, a comunicação também foi identificada como subcategoria na categoria de **Relacionar-se com os demais agentes**, facilitando o trabalho em equipe.

A literatura aponta que a comunicação possibilita troca de informações entre os componentes da equipe (DEERING; JOHNSTON; COLACCHIO, 2011), favorecendo assistência integral e de melhor qualidade, ao promover integração dos distintos saberes (AREDES et al., 2013; BROWN; NELSON, 2014). A comunicação eficaz facilita o trabalho em equipe (LECLERC et al., 2014) e contribui para que ele viabilize assistência coerente às demandas dos pacientes (SILVA; SANTOS, 2012).

O diálogo permite que a comunicação atue como elemento agregador e é um dos pressupostos do trabalho em equipe na busca por uma assistência integral (QUEIROZ; PENNA, 2011; SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

Diante do exposto, destaca-se que a comunicação favorece a partilha de informações entre componentes da equipe, podendo resultar em assistência adequada ao paciente, à medida que represente efetivamente um potente instrumento para integrar a equipe, favorecendo desenvolvimento de habilidades de escuta, argumentação e negociação e possibilitando que consensos sejam atingidos.

Para que a comunicação seja eficaz, demanda completude, clareza, coerência e concisão no momento oportuno e apropriado (DEERING; JOHNSTON; COLACCHIO, 2011). As habilidades de comunicação, quando ampliam a sensibilidade e a escuta dos profissionais, promovem o trabalho em equipe. Dessa forma, a comunicação facilita o trabalho em equipe, quando existem essas habilidades e quando há envolvimento dos seus componentes, desenvolvimento da capacidade de escuta e negociações (ARAÚJO et al., 2012).

Nesta tese, constatou-se a presença tanto da colaboração quanto da comunicação como comportamentos que promovem adequado relacionamento entre os demais agentes da equipe, facilitando o trabalho em equipe, salvaguardando, conforme já explicitado, as situações negativas de colaboração entre agentes.

Pertinente salientar que a articulação efetiva entre comunicação interprofissional e colaboração/cooperação entre distintos profissionais de saúde pode viabilizar resposta adequada às demandas complexas em saúde, conduzindo à melhoria da assistência prestada ao paciente (BROWN; NELSON, 2014; MOHR; BENZER; YOUNG, 2013).

Evidencia-se que o relacionamento entre os agentes, pautado na comunicação efetiva/horizontal e na colaboração, possibilita melhor articulação entre eles, facilitando trabalho em equipe multiprofissional.

Os comportamentos com referências positivas na categoria **Relacionar-se com os demais agentes**, destacando-se a colaboração e a comunicação, aproximam os profissionais da UCO de alguns elementos da “equipe integração” e dos conceitos expostos anteriormente sobre trabalho em equipe.

É admirável que os agentes tentem agir de maneira a favorecer o trabalho em equipe. Porém, somente o fato de eles terem vontade de superar situações adversas e realizarem comportamentos com vistas a desenvolver o trabalho na perspectiva de equipe não é suficiente para concretizar tal modalidade de trabalho e contribuir para geração de consequências positivas, sendo isso constatado nesta tese.

Ao considerar que as referências positivas e negativas são definidas pelos participantes do estudo, embora tenha havido predomínio de referências positivas na categoria **Relacionar-se com os demais agentes**, foram evidenciadas também referências negativas que podem ter importante significado para a análise da dinâmica do trabalho em equipe nessa UCO. Em função disso, julgou-se pertinente tecer alguns comentários no que tange a essas referências negativas da categoria.

Elas encontram consonância junto a autores que argumentam que nem sempre ocorre interação efetiva entre os componentes da equipe, revelando fragilidade nas relações entre os agentes. Isso pode conduzir à realização do trabalho na perspectiva individual de atuação, pautando-se no distanciamento e isolamento entre os profissionais e prejudicando a qualidade da assistência prestada (FERNANDES et al., 2015; SILVA; SANTOS, 2012). A interação inadequada ocorre tanto entre os próprios profissionais de saúde quanto entre eles e a gerência, o que pode gerar ausência de entendimento e conflitos (CARVALHO; PEDUZZI; AYRES, 2014).

Pertinente chamar atenção para o fato de que predominaram situações negativas de colaboração entre agentes e, apesar do predomínio de comportamentos positivos para relacionamento entre os profissionais (colaboração e comunicação), também foram descritos comportamentos de referência negativa nessa categoria. Isso significa que os agentes tentam enfrentar situações negativas com ações positivas, mas também existem aqueles que se comportam de forma negativa. Importante considerar essas duas facetas, ou seja, os agentes não agem da mesma maneira frente às mesmas situações. Isso reforça o caráter dinâmico e imprevisível nas relações de trabalho, bem como a individualidade de cada profissional, seus valores, sua cultura e sua formação.

No tocante às referências negativas da categoria **Relacionar-se com os demais agentes**, os comportamentos aproximam a equipe da UCO mais à modalidade de “agrupamento”.

Salienta-se que para superação da modalidade da equipe agrupamento, ancorada na atuação fragmentada, agrupamento dos agentes com baixa interação entre eles e pouca articulação das ações, é fundamental que o profissional reconheça a importância de superar a prática pautada no agrupamento e se empenhe para implementar e redesenhar a dinâmica do trabalho com base na equipe integração que pressupõe interação efetiva entre agentes, ações articuladas, divisão de trabalho mais flexível, havendo integração dos diversos trabalhos. Porém, isso não é suficiente. É fundamental que as organizações também se mobilizem para isso e estimulem os profissionais para essa mudança.

No que se refere às questões da organização para essa mudança de modalidade de equipe, acredita-se que se a gestão de pessoas considerar a relevância do trabalho em equipe e sua potencialidade, ele pode servir como propulsor para iniciar discussões e reflexões a respeito de como a dinâmica da equipe tem sido

realizada e quais as implicações disso para o trabalho em equipe e finalidade do processo a ser alcançada.

No que diz respeito às consequências, constata-se predominância de referências negativas nas consequências, havendo concentração delas na categoria **Consequências para o profissional/equipe**. Isso pode revelar coerência nos dados encontrados, uma vez que situações negativas na categoria **Colaboração entre agentes** impactam negativamente sobre profissional/equipe. Porém, o paciente não deixa de ser atingido também com as consequências negativas.

Mais uma vez observa-se que não há um raciocínio linear dos dados, pois apesar de situações e consequências predominantemente negativas, os comportamentos seguiram outra lógica. Os agentes realizaram mais comportamentos positivos, entendendo-se como tentativa de superar obstáculos e prestar assistência adequada ao paciente. Porém, isso não foi suficiente para reverter as situações e consequências negativas em positivas.

Entretanto, para concretizar-se, o trabalho em equipe requer mais do que boa vontade e empenho de alguns agentes, demanda partilha de objetivos comuns; intervenções técnicas articuladas e interações dos agentes; comunicação efetiva como ferramenta para o trabalho; projeto assistencial comum; divisão de trabalho mais flexível; cooperação e colaboração. Pressupõe um modelo de organização do trabalho que viabilize integração de agentes, compartilhamento de saberes e ações; potencializando relações solidárias, justas e equânimes entre eles.

O trabalho em equipe exige habilidades especiais para sua vivência e implementação. Para se alcançar bom nível de trabalho em equipe, é necessário intenso esforço dos grupos e das instituições, sendo preciso interesse e disponibilidade dos profissionais (BITENCOURT, 2004; CIOFFI; FERGUSON, 2009; FORTUNA et al., 2005).

Nesse sentido, pressupõe interação dos componentes da equipe, ancorando-se na perspectiva dinâmica, o que possibilita e respalda a continuidade da assistência ao paciente (MARTINS et al., 2014).

Para que o trabalho em equipe se realize é fundamental que, além da vontade e disponibilidade de alguns agentes em realizá-lo, as condições organizacionais e gerenciais sejam coerentes e consonantes à proposta do trabalho em equipe, concebendo-a como potente ferramenta para reconstruir o modo de fazer em saúde, com vistas à prática integradora e articulada, fundamentando-se no fazer interativo e

conjunto. Para isso, a gestão de pessoas precisa estar alinhada com os pressupostos do trabalho em equipe, preferencialmente com a modalidade da equipe integração.

Nesse sentido, a gestão de pessoas precisa desempenhar ações estratégicas para amenizar consequências negativas. Questiona-se o que tem sido feito no cotidiano quanto a isso. Acredita-se que uma saída viável seria a gestão de pessoas tomar decisões integradas voltadas para as relações de trabalho, no sentido de orientar e apoiar os profissionais, não apenas no cenário da UCO, mas também em uma perspectiva macro, do HC como um todo.

As referências negativas concentram-se na categoria **Consequências para o profissional/equipe** e referem-se, principalmente, à insatisfação profissional, ao sentimento de inferioridade em relação aos demais colegas, à frustração, ao desânimo e ao estresse, dentre outros, o que ocasiona prejuízo para realização do trabalho e para o agente. Esse contexto também impacta negativamente sobre a assistência ao paciente.

Consequências como as descritas acima não contribuem para o trabalho em equipe, uma vez que abalam o estímulo dos profissionais, bem como fragmentam ainda mais o trabalho, comprometendo o agir coletivo e impedindo a construção conjunta de projetos e objetivos coletivos. Isso revela que as consequências relatadas vão na contramão do que os conceitos de trabalho em equipe trazem em seu bojo e revelam uma aproximação dessa equipe da UCO com a modalidade de equipe agrupamento.

Questões que aparecem nos resultados são também discutidas na literatura na perspectiva de que número deficiente de profissionais, limitação de recursos materiais, falta de reconhecimento profissional e ainda o contato com sofrimento, dor e finitude da vida podem conduzir o profissional ao estresse, quando se torna crônico (HERCOS et al., 2014).

O profissional sofre consequências negativas, em sua vida e saúde, em função de mudanças no mundo do trabalho. Isso pode ser decorrente do ritmo de trabalho aumentado, o que pode ocasionar estresse (MARTINS et al., 2014). Pertinente destacar que a sobrecarga de sofrimento e estresse diário pode desestimular o profissional para a realização do trabalho (FERNANDES et al., 2015).

O panorama exposto pelos autores, quanto às consequências do trabalho para o profissional, representa entraves para o trabalho em equipe, desmobilizando a prática integrada dos agentes.

Se existe desestímulo do agente para realização do trabalho, indaga-se como, diante desse panorama, estimular o trabalho em equipe multiprofissional e a colaboração entre os agentes, uma vez que as situações vividas, apesar das tentativas de superação por parte dos profissionais, ocasionaram resultados negativos para a equipe. Isso pode significar que os agentes realizam o trabalho, mas, na perspectiva dos participantes, as consequências são negativas para eles mesmos, o que pode servir, em alguns contextos, como entrave para o desenvolvimento do trabalho em equipe multiprofissional. Diante disso, uma questão desencadeia a outra e ao mesmo tempo é também influenciada por ela, ilustrando um círculo vicioso.

Por outro lado, é inegável que esse mesmo panorama, com predomínio de consequências negativas, principalmente para o profissional/equipe, num outro contexto poderia servir não como entrave, mas como desafio a ser superado. Acredita-se que isso aconteceria com maior facilidade em equipes que já contassem com um pouco mais de maturidade no que diz respeito ao trabalho em equipe.

O ritmo intenso de trabalho repercute nas relações entre os agentes da equipe de saúde, desencadeando relações fragilizadas, com baixo vínculo e fragmentação da equipe, impactando em assistência parcelar ao paciente (MARTINS et al., 2014).

Isso foi confirmado nesta tese por meio das situações que revelam trabalho pouco colaborativo, o que desencadeou consequências negativas para o paciente, mas principalmente para os próprios agentes e equipe.

Pertinente considerar quanto ao contexto do estudo, que, além dos resultados encontrados, a UCO configura-se como uma unidade que, por sua própria característica de atendimento a pacientes com síndrome coronariana aguda, já impõe certo estresse e preocupação/tensão nos agentes.

Os profissionais dessa UCO, dentro do cotidiano esperado, já lidam com dor e sofrimento inerentes ao próprio cenário e perfil do paciente atendido. Entretanto, na trajetória do trabalho cotidiano, vão surgindo outros tantos obstáculos que minam as forças e energias dos profissionais, enfraquecendo-os, como reflexos de uma formação marcada pelo modelo clínico de atenção, gerenciamento inadequado de agentes, situações pouco colaborativas entre os profissionais e problemas com recursos materiais, dentre outras questões.

A permanência do modelo clínico de atenção e da gestão inadequada de pessoas pode servir como pano de fundo para os resultados que indicaram como consequência negativa sentimento de inferioridade do agente em relação aos demais

colegas. Há presença de sentimentos que revelam a percepção de valoração distinta a depender da categoria profissional e da especialidade. Isto pode refletir as relações de poder dentro das equipes (SILVA; SANTOS, 2012).

Apesar de não ter sido feita análise dos dados por categorias profissionais, ficou evidente nas falas, inclusive apresentadas nos resultados, a ocorrência de tais sentimentos entre distintas categorias profissionais. Isso é reflexo de um cotidiano ainda recortado por uma lógica que diferencia os agentes nas equipes, valorizando alguns de maneira diferenciada, em decorrência de formações distintas ou mesmo de disputas de poder.

O predomínio de pressupostos biomédicos, com valorização do saber médico em detrimento dos demais profissionais, bem como valoração desigual entre as distintas categorias, fragmentação das ações e inexistência do trabalho em equipe são fatores que podem conduzir à desmotivação e insatisfação profissional, podendo, inclusive, fazer com que o trabalhador adoença em função do trabalho (ROCHA et al., 2014).

Nesse sentido, para que o trabalho em equipe se concretize efetivamente como o esperado, aposta-se no processo de formação como viabilizador de avanços para prática dele e na proposição de novas maneiras de realizá-lo (DUARTE et al., 2012).

Enquanto não há transformação na formação profissional, processo que demanda tempo e amadurecimento, acredita-se que os serviços podem se encarregar de promover rodas de discussão e reflexão a respeito de como o trabalho tem sido realizado enquanto processo de trabalho, considerando-se seus componentes bem como as articulações entre eles, na tentativa de promover condições propícias e entendimento suficiente para estimular a prática do trabalho em equipe.

As referências negativas que apareceram nos resultados relativos às situações, às consequências e mesmo a alguns comportamentos revelam proximidade da equipe dessa UCO com a equipe agrupamento.

Isso revela que não há uma lógica linear e única para análise dos resultados. Essa ambiguidade é natural, pois o sistema estudado não é fechado, mas dinâmico e composto por relações entre pessoas com vistas ao desenvolvimento do processo de trabalho em saúde.

Fundamental destacar, com base nos resultados, que a centralidade do processo de trabalho nessa UCO, considerando-se o trabalho em equipe, está nas relações entre os agentes, na perspectiva que se aproxima mais das afinidades

relacionais e menos da construção de objetivos comuns para a concretização do processo de trabalho – a assistência à saúde.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu analisar, segundo a ótica da equipe multiprofissional, o trabalho em equipe em UCO, identificando aspectos facilitadores e dificultadores, para o referido trabalho, utilizando a TIC.

Os resultados referentes às situações/comportamentos/consequências evidenciam que as referências negativas dificultam o trabalho em equipe multiprofissional referindo-se, mais frequentemente:

- à baixa colaboração entre agentes;
- à assistência ao paciente envolvendo despreparo profissional no atendimento à parada cardiorrespiratória/emergência, a divergências nas condutas terapêuticas e à limitação de recursos materiais;
- ao gerenciamento inadequado de agentes;
- à atuação descomprometida com o trabalho;
- à insatisfação profissional.

Pertinente destacar as referências negativas na categoria **Gerenciamento de agentes** que podem indicar considerável fragilidade da Unidade na perspectiva do trabalho em equipe, levando ao questionamento e até à necessidade de novos estudos para compreender fatores gerenciais, relacionais e institucionais que permeiam o trabalho na UCO, pautado em um conjunto de agentes, cujo gerenciamento não teve situações alinhadas a referências positivas.

A baixa colaboração entre os agentes e a limitada ajuda mútua comprometem a troca de saberes e a complementaridade de ações entre eles, prejudicam o trabalho em equipe e distanciam a equipe multiprofissional da UCO dos conceitos de trabalho em equipe, pois vão contra os conceitos apresentados pelos autores que destacam, dentre outros, o instrumento não material de colaboração como fator que pode agregar os agentes, contribuindo para o trabalho conjunto e articulado.

Importante destacar que os participantes, ao mencionarem que a baixa colaboração limita a prática do trabalho em equipe, estão revelando a percepção, talvez de forma não sistematizada, de que o trabalho em equipe requer uma dinâmica que pressuponha possibilidade de atuação articulada e colaborativa.

As referências negativas que dizem respeito à insatisfação profissional incluem estresse, contrariedade, sensação de impotência, desânimo, constrangimento, frustração e sentimento de inferioridade, sobretudo para profissional/equipe, e permitem inferir que essa equipe ainda não se configure, de maneira preponderante, como equipe integração.

As referências negativas quanto à assistência ao paciente destacam que o despreparo do profissional para o atendimento à parada cardiorrespiratória, a tomada de condutas não padronizadas gerando divergências nas condutas terapêuticas e a limitação/problemas com recursos materiais são aspectos que dificultam o trabalho em equipe.

Os componentes do processo de trabalho que emergiram de maneira mais frequente nos resultados foram os agentes e os instrumentos não materiais (relações entre os agentes/colaboração). Evidencia-se que a centralidade do trabalho em equipe multiprofissional nessa UCO está nas relações entre os agentes, pois os aspectos que facilitam e dificultam o referido trabalho estão voltados, predominantemente, para a questão das relações entre profissionais/colaboração/ajuda mútua/comunicação.

As referências positivas que facilitam o trabalho em equipe multiprofissional, no que diz respeito às situações/comportamentos/consequências são mais frequentes quanto:

- ao relacionamento entre os agentes da equipe;
- à colaboração entre os agentes;
- à troca de informações entre colegas da equipe;
- ao desenvolvimento da assistência ao paciente, referindo-se à sua realização conforme formação profissional;
- à interação da equipe.

O desenvolvimento da assistência em consonância com a formação profissional é indicado pelos participantes como aspecto que facilita o trabalho em equipe.

As referências positivas para o relacionamento entre agentes ancoram-se na colaboração e comunicação entre os profissionais. Aí reside uma ambiguidade, pois ao mesmo tempo em que a colaboração facilita o trabalho em equipe, ela também o

difícil. Apesar dessas ambiguidades, inerentes ao processo de trabalho quando se trata de trabalho desenvolvido por seres humanos, predominam situações dificultadoras e comportamentos facilitadores para o trabalho em equipe.

As referências positivas/favoráveis ao trabalho em equipe evidenciam investimento e esforço dos agentes para superar obstáculos, na perspectiva do trabalho em equipe como potência para alcançar a finalidade do trabalho em saúde.

Pertinente salientar uma ambiguidade nos resultados, pois se de um lado são constatadas referências negativas de baixa colaboração, de outro, há referências positivas para relacionamento entre agentes indicando que, mesmo diante de limitada colaboração, há um investimento pessoal para desenvolver atitudes positivas que favoreçam o relacionamento entre eles, o que facilita o trabalho em equipe.

Interessante ressaltar que a interação da equipe emerge como decorrência positiva da dinâmica do trabalho em equipe na UCO, podendo ser reflexo dos comportamentos positivos quanto ao relacionamento entre agentes.

Há uma dificuldade para definir se a equipe dessa UCO segue a lógica da modalidade da equipe integração ou agrupamento. Acredita-se que ela incorpora características de ambas, entretanto, há predomínio de elementos da equipe agrupamento, uma vez que é preponderante baixa colaboração, pouca interação entre agentes, tímida articulação entre saberes e ações, descomprometimento do agente com o trabalho e atuações isoladas e fragmentadas. Nesta tese, constata-se que o fato de a UCO ser um setor fechado não contribui para interação efetiva com vistas à prática colaborativa entre os agentes e articulação de seus saberes e ações, como esperado para uma equipe que atua em setor fechado.

Isso evidencia um caráter dialético, porém legítimo dos dados, ressaltando, também, referências positivas para relacionamento entre os agentes com vistas à colaboração, comunicação e interação da equipe que são alguns dos elementos que caracterizam a equipe integração.

Chama atenção não ter sido mencionada a questão do estabelecimento de objetivo comum e compartilhado pela equipe, que é um dos pressupostos defendidos pela literatura científica.

Os resultados apresentados são coerentes com o cotidiano que ainda é marcado pela formação profissional pautada no modelo clínico de atenção, reforçado pelo método funcional de organização do trabalho. Tais questões reforçam

segmentação dos saberes e ações; comprometem prática colaborativa, interações profissionais; que limitam o trabalho em equipe multiprofissional.

Assim, em contraponto com os autores estudados e o conceito formulado nesta tese, os dados empíricos apontam para um conceito de trabalho em equipe fundamentado na colaboração entre agentes, no sentido de ajuda mútua, não sendo evidenciados aspectos do conceito como estabelecimento de objetivos comuns.

Os resultados do estudo possibilitam constatar que, para os participantes, o trabalho em equipe tem ênfase nos aspectos relacionais entre os profissionais, o que se manifesta por meio dos relacionamentos entre agentes, colaboração e comunicação.

A equipe agrupamento emerge nos resultados de maneira mais evidente. Ao entender que isso pode ser fruto da formação profissional, do modelo clínico de atenção e do método funcional de organização do trabalho, acredita-se que uma saída factível para o enfrentamento disso esteja centrada no gerenciamento de agentes. Justifica-se que gerenciamento deve ter potencial para iniciar um trabalho de sensibilização quanto à necessidade da concretização do trabalho em equipe com vistas à prática colaborativa, interação dos agentes e integração dos saberes e ações.

A Unidade, na figura da gerência e dos setores de educação em serviço, considerando-se questões que podem dificultar a prática da colaboração, precisa incorporar a colaboração como instrumento não material a ser discutido e trabalhado junto aos agentes, na tentativa de construir relações mais horizontalizadas e de ajuda mútua, vislumbrando esse caminho como facilitador para o trabalho em equipe multiprofissional.

A partir dos resultados encontrados, pretende-se ir além, realizando-se projeto de intervenção junto aos profissionais dessa UCO para discutir, repensar e entender a dinâmica do trabalho em equipe nesse cenário, bem como construir estratégias, coletivamente, por meio da escuta qualificada para superação de entraves. Defende-se a articulação junto à equipe, na tentativa de elaborar caminhos a serem desenhados, por eles mesmos, para que a dinâmica do trabalho seja menos sofrida, mais integrada/colaborativa e resulte em mais consequências positivas para o profissional/equipe e paciente.

Diante disso, entende-se como pertinente avançar em novas pesquisas que abordem não só gerenciamento de agentes, mas também desenvolvimento e implementação da colaboração como potente ferramenta agregadora entre os

agentes e seus saberes, com vistas à assistência integral, bem como capacitação e preparo do profissional para atuação em UCO.

Como limitações, destaca-se que a coleta de dados foi realizada em momento no qual o hospital do estudo passava por reestruturação de gestão, gerando ansiedade pela manutenção dos seus postos de trabalho, passando a ser gerido pela EBSEH. Uma das questões que envolviam tal processo dizia respeito a um concurso para contratação de pessoal, pois os profissionais que não eram efetivos pela UFTM, e sim contratados pela antiga Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba (FUNEP) se sentiam em situação incerta. Entretanto, apesar desse clima de insegurança e incerteza, a grande maioria dos profissionais foi extremamente atenciosa e disponível para realização da pesquisa.

Outra questão a ser considerada é que, embora tenha sido um estudo desenvolvido em uma UCO de um hospital público de ensino, e que isso pese como limitação, entende-se que existem hospitais públicos de ensino em contexto organizacional e de trabalho bastante semelhantes e que, os resultados desta tese têm potencial para ampliação de sua visibilidade e aplicação.

De acordo dos resultados, acredita-se que aspectos relativos à formação profissional para atuação em unidade de alta densidade tecnológica, bem como a forma como está organizado o trabalho, precisam ser revistos como possibilidade de favorecer o trabalho em equipe.

Infere-se que um modelo gerencial ajustado às demandas e realidade da própria UCO pode disparar um novo modo de trabalhar em saúde, potencializando relações dialógicas, colaborativas e apoio às dificuldades do outro como potencializadores para uma prática integrada e em equipe. Entende-se que somente a boa vontade dos agentes para o desenvolvimento do trabalho não é suficiente para transformar a realidade, na direção do trabalho em equipe como ferramenta e estratégia para um fazer em saúde integrado, articulado, colaborativo e horizontal.

Ressalta-se que a UCO acolheu a ideia do desenvolvimento da investigação como uma possibilidade de diagnóstico para aprimoramento do trabalho de equipe.

Esta tese reconhece que pouco tem sido avançado no tema trabalho em equipe, repercutindo em transformações da realidade dos serviços de saúde. Como contribuição destaca que, quanto ao trabalho em equipe, deve haver preocupação para além da elaboração de objetivos comuns entre integrantes da equipe. É necessário que os serviços consigam incorporar a produção teórica e avançar na

construção de relações entre os agentes, mais dialógicas e colaborativas. Isso vai requerer mudanças organizacionais desde organogramas até rodas de discussão e reflexão sobre a temática, pois o trabalho em equipe precisa ser incorporado para além de estratégia, mas como ferramenta de trabalho em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALVES, M.; MELLO, R. A. Trabalho em equipe entre profissionais da enfermagem em um Centro de Terapia Intensiva. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 3, p. 299-308, 2006. Disponível em:< <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5032/3252>> . Acesso em: 15 out. 2011.
- ARAÚJO, M. M. T. et al. Inteligência emocional no trabalho em equipe em cuidados paliativos. **Revista BioEthikos**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 58-65, 2012. Disponível em:<<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/91/a06.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2014.
- AREDES, M. A. et al. A comunicação entre a Equipe de Saúde em uma clínica cirúrgica: o olhar dos profissionais de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 458-466, out./dez. 2013. Disponível em:< <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=24952&indexSearch=ID>>. Acesso em: 24 jan. 2015.
- ARMITAGE, C.; HIGHAM, P. The productive ward: encouraging teambuilding and innovation. **Nursing Management (Harrow)**, Harrow, v. 18, n. 1, p. 28-31, apr. 2011.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 67-81, jan./mar. 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop2212.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2014.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. supl. 2, p. 11-23, apr./jun. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/03.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2014.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BERNARDES, A. et al. Collective and decentralized management model in public hospitals: perspective of the nursing team. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. 1003-1010, jul./aug. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/20.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2013.

BERNARDES, A. et al. Framing the difficulties resulting from implementing a Participatory Management Model in a public hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1142-1151, nov./dec. 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/17.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

BITENCOURT, C. **Gestão contemporânea de pessoas**. São Paulo: Artmed, 2004.

BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 555-560, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a28v17n2.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.994 de 13 de dezembro de 2011**. Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2994_15_12_2011.html>. Acesso em: 26 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4279/2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2010. Disponível em:<<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria%20do%20Ministerio%20da%20Saude%20GM%20N%204279%202010.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em: 12 set. 2013.

BROWN, S.; NELSON, J. The use of interprofessional simulation among chronic pediatric populations: a review of the literature. **Clinical Simulation in Nursing**, Amsterdam, v. 10, n. 4, p. e191-e197, dec. 2014.

BRÜGGEMANN, O. M. et al. A filosofia assistencial de uma maternidade pública do sul do país sob o olhar de sua equipe profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 123-129, jan./fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a18.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

CAMELO, S. H. H. O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 4, p. 734-40, 2011. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/19977/17068>>. Acesso em: 21 nov. 2012.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, jul./ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/04.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2012.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte da ciência da mudança: revolução de coisas e reforma e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n4/0080.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2013.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CANOLETTI, B. **Trabalho em equipe de saúde e de enfermagem: análise sistemática da literatura**. 2008. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7131/tde-03092008-110647/pt-br.php>>. Acesso em: 09 jan. 2012.

CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. supl.1, p. 85-112, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9s1/05.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2012.

CARDOSO, C. G. **Trabalho em equipe multiprofissional: relações interprofissionais e humanização da assistência hospitalar em doenças infecciosas**. 2010. 181f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=203919>. Acesso em: 20 dez. 2013.

CARVALHO, B. G. et al. Work and Inter-subjectivity: a theoretical reflection on its dialectics in the field of health and nursing. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 19-26, jan./feb. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/04.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

CARVALHO, B. G.; PEDUZZI, M.; AYRES, J. R. C. M. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p., 1453-1462, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1453.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2015.

CARVALHO, M. C. et al. Valores e práticas de trabalho que caracterizam a cultura organizacional de um hospital público. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 746-753, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a22.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

CECILIO, L. C. O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 557-566, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a22.pdf>>. Acesso em: 01 maio. 2014.

CHAVES, L. D. P. **Integralidade da atenção aos agravos cardiovasculares: avaliação regional**. 2012. 96 f. Ribeirão Preto. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/22/tde-04022014-151040/pt-br.php>>. Acesso em: 03 set. 2013.

CHRISTO, C. S. et al. Análisis del trabajo de manejar la ocupación de otros: el punto de vista de la actividad y una experiencia de autoconfrontación. **Universitas Psychologica**, Bogota, v. 12, n. 4, p. 1301-1310, oct./dec. 2013. Disponível em: <<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/6504/5930>>. Acesso em: 17 jan. 2015.

CIOFFI, J.; FERGUSON, L. Team nursing in acute care settings: nurses' experiences. **Contemporary Nurse**, Salisbury East, v. 33, n. 1, p. 2-12, aug. 2009.

DAL PONTE, L. C. R. **Representação social do trabalho em equipe no Programa de Internação Domiciliar e suas repercussões no cuidado integral**. 2010. 193 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Carlos: São Carlos, 2010. Disponível em: <http://www.bdttd.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3899>. Acesso em: 26 set. 2014.

DEERING, S.; JOHNSTON, L. C.; COLACCHIO, K. Multidisciplinary teamwork and communication training. **Seminars in Perinatology**, Amsterdam, v. 35, n. 2, p. 89-96, apr. 2011.

DELA COLETA, J. A. A análise do trabalho e a determinação de critérios em psicologia aplicada. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 71-82, jul./set. 1972. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/viewFile/16884/15696>>. Acesso em: 29 jan. 2012.

DELA COLETA, J. A. A técnica dos incidentes críticos: aplicações e resultados. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 35-58, abr./jun. 1974. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/viewFile/17076/15875>>. Acesso em: 29 jan. 2012.

DELA COLETA, J. A.; DELA COLETA, M. F. **A técnica dos incidentes críticos: 30 anos de utilização no Brasil na psicologia, administração, saúde e educação**. Taubaté: Cabral, 2004.

DUARTE, E. D. et al. O trabalho em equipe expresso na prática dos profissionais de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 86-94, 2012. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a10.pdf>. Acesso em: 30 maio 2013.

ELLIS, B.; GATE, J. Achieving Magnet status. **Nursing Administration Quarterly**, Germantown, v. 29, n. 3, p. 241-244, jul./set. 2005.

FARIA, H. et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 1-12.

FERNANDES, H. N. et al. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1915-1926, jan./mar. 2015. Disponível em:< <http://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resource/pt/bde-26704>>. Acesso em: 14 maio 2015.

FLANAGAN, J. C. A Técnica do Incidente Crítico. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 99-141, 1973.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, mar./abr. 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a20.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2012.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **PSF: contradições e novos desafios**. 1999. Campinas. Disponível em:<<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-17.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n22/05.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2013.

GARCIA, A. B. et al. Influência da cultura organizacional na gestão participativa em organizações de saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2615-2627, 2015. Disponível em:<http://www.sobragen.org.br/trabalhos_enenge/Trabalho%20048.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2015.

GOMES, I. L. V.; CAETANO, R.; JORGE, M. S. B. Compreensão das mães sobre a produção do cuidado pela equipe de saúde de um hospital infantil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 84-90, jan./fev. 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a14.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014.

GOMES, M. P. C. et al. As modalidades de formação aqui apresentadas trazem uma noção clara de que o trabalho em saúde só se realiza com a renovação permanente do conhecimento, e que este último não pode ser produzido sem o envolvimento das pessoas que operam nos serviços. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 835-845, out./dez. 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n47/aop4213.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

GONÇALVES, R. B. M. **Medicina e História**. Raízes sociais do trabalho médico. 1979. 209 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

GORDO, F.; ABELLA, A. Intensive Care Unit without walls: Seeking patient safety by improving the efficiency of the system. **Medicina Intensiva**, Amsterdam, v. 38, n. 7, p. 438-443, oct. 2014.

GOULART, B. F.; COELHO, M. F.; CHAVES, L. D. P. Equipe de enfermagem na atenção hospitalar: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 2, p. 386-395, fev. 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5682/8497>>. Acesso em: 22 jan. 2015.

HAYASHIDA, K. Y. et al. A tomada de decisão da equipe de enfermagem após revitalização do modelo compartilhado de gestão. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 286-293, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00286.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2015.

HERCOS, T. M. et al. O Trabalho dos Profissionais de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva na Assistência ao Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, p. 51-58, 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/08-revisao-literatura-o-trabalho-dos-profissionais-de-enfermagem-em-unidades-de-terapia-intensiva-na-assistencia-ao-paciente-oncologico.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2015.

JACOB, A. et al. The Casey Allied Health Model of Interdisciplinary Care (CAHMIC): Development and implementation. **International Journal of Therapy and Rehabilitation**, London, v. 20, n. 8, p. 387-395, aug. 2013.

JESSUP, R. L. Interdisciplinary versus multidisciplinary care teams: do we understand the difference? **Australian Health Review**, Clayton, v. 31, n. 3, 330-331, ago. 2007.

KELL, M. C. G.; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1533-1541, jun. 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/065.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2013.

LECLERC, B. et al. Attitudes toward death, dying, end-of-life palliative care, and interdisciplinary practice in long term care workers. **Journal of the American Medical Directors Association**, Hagerstown, v. 15, n. 3, p. 207-213, mar. 2014.

LEITE, D. F.; NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 507-525, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n2/0103-7331-physis-24-02-00507.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2015.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MAGALHÃES, A. M. M.; RIBOLDI, C. O.; DALL'AGNOL, C. M. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 608-612, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/20>>. Acesso em: 16 out. 2013.

MAGNANI, T. et al. The 6-year attendance of a multidisciplinary prostate cancer clinic in Italy: incidence of management changes. **British Association of Urological Surgeons**, Oxford, v. 110, n. 7, p. 998-1003, oct. 2012.

MARTINS, C. C. F. et al. Relacionamento Interpessoal da Equipe de Enfermagem X Estresse: Limitações para a Prática. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 2, p. 309-3015, abr./jun. 2014. Disponível em:< <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/36985/22756>>. Acesso em: 16 jan. 2015.

MARTINS, F. T. M.; CARVALHO, E. C. A percepção do paciente referente a ser portador de um cateter de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 73-78, set. 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a15.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2014.

MATOS, E.; PIRES, D.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 863-869, nov./dez. 2009. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a10v62n6.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

MATOS, E.; PIRES, D.; RAMOS, F. R. S. Expressões da subjetividade no trabalho de equipes interdisciplinares de saúde. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 59-67, jan./mar. 2010. Disponível em:<
http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c331459321a2.pdf>. Acesso em: 16 set. 2014.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15 n. 3, p. 508-514, jul./set. 2006. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a17.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2014.

MATUDA, C. G.; AGUIAR, D. M. L.; FRAZÃO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 173-186, jan./mar. 2013. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/16.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2014.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 3-11, 2008. Disponível em:<
<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1262>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOHR, D. C.; BENZER, J. K.; YOUNG, G. J. Provider workload and quality of care in primary care settings: moderating role of relational climate. **Medical Care**, Philadelphia, v. 51, n. 1, p. 104-114, jan. 2013.

NDORO, S. Effective multidisciplinary working: the key to high-quality care. **British Journal of Nursing**, London, v. 23, n. 13, p. 724-727, jul. 2014.

OLIVEIRA, H. M.; MORETTI-PIRES, R. O.; PARENTE, R. C. P. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 539-550, abr./jun. 2011. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a17v15n37.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2014.

PAIVA, S. M. A. et al. Teorias administrativas na saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 311-316, abr./jun. 2010. Disponível em:<
<http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a24.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

PASCHE, D. F. Pistas metodológicas para se avançar na humanização dos hospitais no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Cadernos HumanizaSUS: volume 3: atenção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 29-50. Disponível em:<
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2013.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 105-120.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2012.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. 254 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998. Disponível em:<<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000186836>>. Acesso em: 14 jan. 2012.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a15v21n2.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M.; HEMMI, A. P. A. Integralidade nas ações cotidianas de gestores e trabalhadores do setor saúde: um estudo de caso no município de Belo Horizonte. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ateliês do VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p. 197-213.

PINHEIRO, G. M. S.; MACEDO, A. P. M. C.; COSTA, N. M. V. N. Supervisão colaborativa e desenvolvimento profissional em Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 4, n. 2, p. 101-109, 2014. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/30383/1/Revista_de_Enfermagem_Refer%C3%Aancia_RIII1381_Portugu%C3%AAs.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2015.

PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciência & Cognição**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 68-87, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v08/m326103.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde**. São Paulo: Annablume, 1998.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTO, A. R. et al. A essência da prática interdisciplinar no cuidado paliativo às pessoas com câncer. **Investigación y educación en enfermería**, Medellín, v. 30, n. 2, p. 231-239, mayo/ago. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105224306008>>. Acesso em: 12 fev. 2015.

QUEIROZ, E.; ARAÚJO, T. C. C. F. Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 43, p. 177-187, maio/ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v19n43/05.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2013.

QUEIROZ, E. S.; PENNA, C. M. M. Conceitos e práticas de integralidade no município de Catas Altas-MG. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 62-69, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-7DDJYK/evandro_de_souza_queir_z.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 mar. 2013.

RAMOS, M. Educação pelo trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. supl. 2, p. 55-59, jun. 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/08.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

ROCHA, F. L. R. et al. A cultura organizacional de um hospital público brasileiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 308-314, apr. 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-308.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2015.

SANTOS, F. P. A.; NERY, A. A.; MATUMOTO, S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 107-114, fev. 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a14v47n1.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, nov. 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n11/11.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-25, ago. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/90.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7110.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 15, n. supl. 1, p. 1685-1698, jun. 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/080.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

SILVA, L. A.; SANTOS, J. N. Concepções e práticas do trabalho e da gestão de equipes multidisciplinares na saúde. **Revista de Ciências da Administração**, Florianópolis, v. 14, n. 34, p. 155-168, dez. 2012. Disponível em:< <https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/view/2175-8077.2012v14n34p155/23433>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

SILVA, Y. C.; ROQUETE, F. F. Competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 58, p. 2-12, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=597>. Acesso em: 16 jan. 2015.

SOUZA, A. I. S.; OLIVEIRA, L. M. L.; CASTRO, M. M. C. O trabalho coletivo e as profissões de saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 105-121, 2011. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/921/931>>. Acesso em: 23 mar. 2014.

THISTLETHWAITE, J. E. et al. Competencies and frameworks in interprofessional education: a comparative analysis. **Academic Medicine**, Washington, v. 89, n. 6, p. 869-875, jun. 2014.

UCHÔA, A. C. et al. Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 385-400, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a21.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO. **Apresentação do Hospital de Clínicas da UFTM. 2014.** Disponível em: <<http://www.uftm.edu.br/paginas/hospitalclinicas/cod/11/t/APRESENTACAO>>. Acesso em: 11 maio. 2014.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 133-141, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/19.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

XYRICHIS, A.; LOWTON, K. What fosters or prevents interprofessional team working in primary and community care? A literature review. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 45, n. 1, p. 140-153, jan. 2008.

WALKER, J. et al. Life in the slow lane: making hospitals safer, slowly but surely. **Journal of the Royal Society of Medicine**, London, v. 105, n. 7, p. 283-287, jul. 2012.

WEINBERG, D. B. et al. Building Collaborative Capacity. Promoting Interdisciplinary Teamwork in the Absence of Formal Teams. **Medical Care**, Philadelphia, v. 49, n. 8, p. 716-723, aug. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

Entrevista n.º: _____ Data de entrevista: _____

Parte A- Dados de Identificação

1. Data de nascimento: _____

2. Ano em que concluiu a formação profissional: _____

3- Função: _____ Cargo: _____

Parte B – Roteiro de entrevista

A partir de sua vivência profissional neste setor, em especial durante os atendimentos a pacientes com agravos cardiovasculares e considerando as especificidades destes atendimentos, a complexidade assistencial e a gravidade dos casos.

Relate situações, vivenciadas ou observadas por você, que dificultem o trabalho em equipe multiprofissional. Como as pessoas se comportaram nestas situações e quais foram as consequências?

Relate situações, vivenciadas ou observadas por você, que facilitem o trabalho em equipe multiprofissional. Como as pessoas se comportaram nestas situações e quais foram as consequências?

Você gostaria de acrescentar alguma informação?

Agradeço a sua valiosa colaboração.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre – Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE – ESCLARECIDO (VALIDADORES)

Gostaria de convidar V^a. S^a, _____, para validar e/ou realizar um pré-teste voluntariamente no questionário de coleta de dados da pesquisa intitulada “ASPECTOS FACILITADORES E DIFICULTADORES DO TRABALHO EM EQUIPE NA UNIDADE CORONARIANA”, cujo objetivo é caracterizar, segundo a ótica da equipe multiprofissional, o trabalho em equipe em Unidade Coronariana.

Acreditamos que os resultados possam trazer contribuições tanto para o ensino de graduação quanto à prática profissional da equipe multiprofissional, particularmente no âmbito do trabalho em equipe multiprofissional em unidades coronarianas – atenção hospitalar de alta complexidade.

Concordando livre e voluntariamente em participar da pesquisa, convido-lhe a validar e/ou responder a uma entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro que consta de duas partes: caracterização do entrevistado e questões sobre o trabalho em equipe multiprofissional na UCO. As entrevistas serão realizadas pela própria pesquisadora, em horário e dia previamente agendados. As entrevistas têm duração estimada entre 15 e 45 minutos, serão gravadas e após a transcrição na íntegra, serão feitas as análises do conteúdo, de modo a preservar as opiniões emitidas pelos entrevistados. O material gravado e as transcrições na íntegra ficarão arquivados na EERP-USP, sob a guarda rigorosa da própria pesquisadora.

Sua colaboração será muito importante para realização deste estudo. Podemos garantir que você não se sentirá constrangido ou desconfortável, asseguramos o sigilo e privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, de modo que as informações emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes.

Você pode se recusar a responder e/ou a validar qualquer pergunta, a qualquer momento, tendo a liberdade de retirar seu consentimento, deixando de contribuir com o estudo, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento em relação ao pesquisador e à condição de servidor.

Você, ao assinar, declara que tem ciência de todos os direitos descritos acima e concorda que os resultados possam ser divulgados em evento ou periódicos científicos e concorda livremente em participar da pesquisa, e que recebeu uma cópia assinada deste termo.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas com Bethania Ferreira Goulart no telefone (34) 9201-3120 ou e-mail: bethaniagoulart@yahoo.com.br, ou Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves no telefone (16) 99796-6265 ou e-mail dpchaves@eerp.usp.br.

Atenciosamente

Assinatura do pesquisador e RG: _____

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento, assino o presente.

Assinatura do participante e RG: _____

Local e data: _____

APÊNDICE C – Quadros elaborados para análise dos dados - recortes das entrevistas expressos com palavras do próprio participante

ENTREVISTA 1:				
SITUAÇÃO (+/-)	COMPORTAMENTO +	COMPORTAMENTO -	CONSEQUÊNCIA +	CONSEQUÊNCIA -

ENTREVISTA 2:				
SITUAÇÃO (+/-)	COMPORTAMENTO +	COMPORTAMENTO -	CONSEQUÊNCIA +	CONSEQUÊNCIA -

Até a entrevista 45.

ENTREVISTA 45:				
SITUAÇÃO (+/-)	COMPORTAMENTO +	COMPORTAMENTO -	CONSEQUÊNCIA +	CONSEQUÊNCIA -

APÊNDICE D – Quadros específicos para identificação de situações, comportamentos e consequências, relatados por entrevistado.

Nº entrevista	Situação	Positiva	Negativa
E1			
E45			

Nº entrevista	Comportamentos	Positiva	Negativa
E1			
E45			

Nº entrevista	Consequências	Positiva	Negativa
E1			
E45			

APÊNDICE E – Agrupamento das situações, comportamentos e consequências relatados por diferentes participantes, por similaridade de conteúdo

Agrupamentos de situações:

Agrupamento 1: Situações com determinado foco (dentre outros agrupamentos)			
Nº entrevista	Situação	Positivo	Negativo
E1; E25; E27; ...	Situações semelhantes relatadas pelos entrevistados		
E4; E18; E31; ...	Situações semelhantes relatadas pelos entrevistados		

Agrupamentos de comportamentos:

Agrupamento 1: Comportamentos com determinado foco (dentre outros agrupamentos)			
Nº entrevista	Comportamento	Positivo	Negativo
E3; E15; E38; ...	Comportamentos semelhantes relatados pelos entrevistados		
E14; E19; E27; ...	Comportamentos semelhantes relatados pelos entrevistados		

Agrupamentos de consequências:

Agrupamento 1: Consequências com determinado foco (dentre outros agrupamentos)			
Nº entrevista	Consequência	Positivo	Negativo
E1; E25; E27; ...	Consequências semelhantes relatadas pelos entrevistados		
E4; E18; E31; ...	Consequências semelhantes relatadas pelos entrevistados		

Foram realizados vários agrupamentos, sendo revistos e reconstruídos, agrupados com outros, o que contribuiu para elaboração da categorização das informações tanto relativas às situações quanto aos comportamentos e consequências.

APÊNDICE F – Categorização das situações/comportamentos/consequências.

Exemplo da categorização de comportamentos:

TOTAL DE COMPORTAMENTOS CATEGORIZADOS: “x”			
Categoria 1: Comportamento com determinado foco			
Subcategorias	Nº (frequência de ocorrência) Positivo	Nº (frequência de ocorrência) Negativo	Total (frequência de ocorrência)
Subcategoria 1: Comportamentos que integram a categoria 1 com determinada ênfase			
Subcategoria 2: Comportamentos que integram a categoria 1 com determinada ênfase (dentre outras subcategorias)			

TOTAL DE COMPORTAMENTOS CATEGORIZADOS: “x”			
Categoria 2: Comportamento com determinado foco			
Subcategorias	Nº (frequência de ocorrência) Positivo	Nº (frequência de ocorrência) Negativo	Total (frequência de ocorrência)
Subcategoria 1: Comportamentos que integram a categoria 2 com determinada ênfase			
Subcategoria 2: Comportamentos que integram a categoria 2 com determinada ênfase (dentre outras subcategorias)			

Esse quadro não teve sua versão final de imediato, pois sofreu inúmeras alterações e reconstruções, o que culminou na elaboração das tabelas dos resultados no que diz respeito aos três componentes do IC: situações, comportamentos e consequências.

APÊNDICE G – Ofício para solicitação de coleta de dados

Ribeirão Preto, 01 de julho de 2013.

ILMO SR.

Dr. Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende
Dd. Superintendente do Hospital de Clínicas da UFTM
Uberaba – Minas Gerais

Prezado Senhor,

Como aluna regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação - Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, vimos solicitar a V.^a S.^a, autorização prévia para desenvolver, junto a este Hospital, nosso projeto de pesquisa intitulado: “ASPECTOS FACILITADORES E DIFICULTADORES DO TRABALHO EM EQUIPE NA UNIDADE CORONARIANA”, com objetivo de caracterizar, segundo a ótica da equipe multiprofissional, o trabalho em equipe em Unidade Coronariana. Consideramos que as análises resultantes deste estudo trarão subsídios relevantes tanto para o planejamento das atividades desenvolvidas como para a gestão da Unidade e do Hospital.

O presente estudo justifica-se tendo em vista o quanto é imperioso na atualidade investigar as especificidades das unidades hospitalares e das equipes multiprofissionais, uma vez que o trabalho em saúde é dinâmico e demanda trabalho em equipe. Cabe destacar a escassez de estudos na literatura que focalizem o trabalho em equipe de saúde em serviços hospitalares, particularmente, na perspectiva em que se propõe o presente projeto de pesquisa.

O período selecionado para o estudo será de agosto de 2013 até julho de 2015. A coleta de dados será efetuada a partir de observação participante da pesquisadora na Unidade Coronariana e pelas informações disponibilizadas pelos profissionais em entrevista semiestruturada. Os sujeitos selecionados para entrevista são os profissionais que atuam na Unidade Coronariana há, pelo menos, um ano. Aos participantes será fornecido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O trabalho está sendo desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos; informamos ainda que será garantido o sigilo dos dados relativos à identificação dos sujeitos participantes e do hospital incluído no estudo. Cabe destacar que o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP como instituição de pesquisa e o Hospital constará como unidade coparticipante para coleta de dados primários. Quando da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, a folha de rosto virá para assinatura.

Segue cópia do projeto de pesquisa. Esperamos contar com sua colaboração e apoio, manifestando sua autorização prévia para o desenvolvimento da pesquisa.

Certas de contarmos com sua atenção colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Dra. Lucieli Dias P. Chaves
Orientadora
dpchaves@eerp.usp.br
(0xx16) 3602-3440

Ms. Bethania Ferreira Goulart
Doutoranda
bethaniagoulart@yahoo.com.br
(0xx34) 9201-3120

APÊNDICE H – Termo de Consentimento Livre – Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE – ESCLARECIDO (PROFISSIONAL)

Eu, _____, portador do RG _____, telefone _____ e email _____, abaixo assinado, aceito o convite para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada “ASPECTOS FACILITADORES E DIFICULTADORES DO TRABALHO EM EQUIPE NA UNIDADE CORONARIANA”, com objetivo de caracterizar, segundo a ótica da equipe multiprofissional, o trabalho em equipe em Unidade Coronariana. A referida pesquisa está sob responsabilidade da pesquisadora Bethania Ferreira Goulart, doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP/USP, sob orientação da Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves.

Fui informado(a) de que serei observado durante a realização das minhas atividades rotineiras de trabalho pela própria pesquisadora e participarei de uma entrevista que será realizada também por ela, em data, local e horário agendados previamente e que sejam satisfatórios para mim. O local onde a entrevista será realizada possibilitará confidencialidade e sigilo com relação às informações emitidas. A entrevista terá duração estimada entre 30 e 50 minutos e será gravada. Após a transcrição na íntegra, pela própria pesquisadora, será feita a análise de conteúdo de modo a preservar minhas opiniões emitidas. O material registrado após observação, bem como as informações gravadas na entrevista e as transcrições na íntegra ficarão arquivados na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP-USP, sob a guarda rigorosa da própria pesquisadora. Na publicação dos resultados desta pesquisa, minha identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. De acordo com os preceitos éticos e legais que regem a pesquisa envolvendo seres humanos, serão omitidas todas as informações que permitam me identificar. Declaro estar ciente de que o conteúdo da entrevista será utilizado, exclusivamente, com a finalidade de desenvolver uma pesquisa científica que possa ser divulgada para fins didáticos e em eventos e/ou periódicos científicos.

Fui informado(a) de que este tipo de estudo pode implicar em risco de desconforto ao responder a alguma questão. A entrevistadora se compromete a assistir-me emocionalmente bem como a interromper a entrevista, se houver necessidade. O referido risco será minimizado permitindo que eu fique livre para responder às questões na ordem que julgar mais conveniente e no momento oportuno. Em caso de manutenção do desconforto, poderei interromper a entrevista em qualquer momento sem acarretar ônus ou prejuízo para minha vida pessoal/profissional.

Fui informado(a) de que a minha participação na referida pesquisa pode trazer benefícios para minha vida profissional, tanto no que diz respeito à contribuição de novas informações sobre trabalho em equipe de saúde, quanto na ampliação de minha autopercepção profissional e inserção em meu grupo de trabalho, além de contribuir, indiretamente, para a compreensão do objeto estudado e para a produção de conhecimento científico.

Também fui informado(a) de que esta pesquisa não gerará nenhum tipo de gasto para mim e, por ser uma atividade voluntária, não receberei nenhum tipo de remuneração para participar da mesma.

Declaro estar ciente da garantia dos seus direitos abaixo relacionados:

- Direito de receber respostas a qualquer pergunta ou dúvida sobre as questões a serem respondidas;
- Direito de não ser identificado, tendo minha privacidade preservada;
- Direito à liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo.

- Direito de que todas as providências sejam tomadas para evitar os possíveis riscos envolvidos na pesquisa;
- Direito à indenização conforme as leis vigentes do país, caso o participante se sinta lesado em decorrência de sua participação na pesquisa (Item IV.3-h).

O participante também declara ter conhecimento dos direitos descritos acima, concorda que os resultados possam ser divulgados em evento ou periódicos científicos e, concorda livremente em ser observado em suas atividades laborais e responder à entrevista seguinte.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, que serão assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via assinada com cada um.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas com Bethania Ferreira Goulart no telefone (34)9201-3120 ou E-mail bethaniagoulart@yahoo.com.br, endereço: Av. Bandeirantes, 3900. *Campus* da USP- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP/USP no telefone (0xx16) 3602-3386, horário de funcionamento: 08 às 17h, de segunda a sexta-feira.

Atenciosamente,

 Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves
 Orientadora
 RG16.387.882
 Fone: (0xx16)3602-3440

 Ms. Bethania Ferreira Goulart
 Pesquisadora
 RG 6.803.921
 Fone: (0xx34)9201-3120

 Local e data

 Local e data

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma via assinada deste termo de consentimento.

 Assinatura do participante e RG

 Local e data

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602 0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 262/2013

Ribeirão Preto, 6 de novembro de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 6 de novembro de 2013.

Protocolo: 19822813.1.0000.5393

Projeto: Aspectos Facilitadores e Dificultadores do Trabalho em Equipe na Unidade Coronariana.

Pesquisadores: Lucieli Dias Pedreschi Chaves
Bethania Ferreira Goulart

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Lucieli Dias Pedreschi Chaves
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP